Health Canada Santé Canada

Health Policy
Working Paper Series

Pharmacare in Canada: Issues and Options

Working Paper 01-01
September 2001

Canada

Our mission is to help the people of Canada
maintain and improve their health.

Health Canada

This publication can be made available in/on computer diskette/large print/audio cassette/braille, upon request.

For additional copies or for an address change, please contact:

Health Canada
Policy Research Communications Unit
Tel.: (613) 954-8559
Fax: (613) 954-0813
rmddinfo@hc-sc.gc.ca

It is available electronically at the following address:
http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/nhrdp/index.html

Ce document est aussi offert en français sous le titre :
L'assurance-Médicaments au Canada : Enjeux et Options

Permission is granted for non-commercial reproduction provided there is a clear acknowledgement of the source.

The opinions expressed in this publication are those of the authors and do not necessarily reflect the views of Health Canada.

The Working Paper Series (WPS) supports evidence-based decision making by highlighting and promoting Health Canada's policy research to a broad number of policy analysts and decision makers in Health Canada and its partners in the external research community. The WPS is part of a larger policy research communications program that includes the *Health Policy Research Bulletin*.

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001
Cat. N° H13-5/01-1E
ISBN 0-662-31030-6

102-01111/

Pharmacare in Canada: Issues and Options

Åke Blomqvist
University of Western Ontario

Jing Xu
Department of Finance Canada

Authors' Biographies

Åke Blomqvist received his undergraduate education in Sweden, and was a graduate student at Princeton University in the United States, receiving his PhD in 1971. Since 1968, he has been an economics professor at the University of Western Ontario. In health economics, his publications include *The Health Care Business* (1979), *Swedish Health Care in International Perspective* (1990) and *Limits to Care: Reforming Canada's Health System in an Age of Restraint* (edited, with David Brown, 1994), as well as a number of articles in journals such as the *Journal of Health Economics*, *Journal of Public Economics* and *Pharmacoeconomics*. During the 2000-2001 academic year, he was visiting academic in the Applied Research and Analysis Directorate of Health Canada's Information, Analysis and Connectivity Branch.

Jing Xu was a PhD student in economics at the University of Western Ontario before she started her career with Finance Canada. She conducted research in various areas, including endogenous growth, fiscal policy and health care. She published two Finance Canada working papers, *The Dynamic Effects of Taxes and Government Spending in a Calibrated Canadian Endogenous Growth Model* (1997) and *Taxation and Economic Performance: A Cross-Country Comparison and Model Sensitivity Analysis* (1999). She worked as a senior policy analyst at Health Canada from July 1999 to November 2000, during which time she analyzed various health care issues and participated in a Canadian health care study team to the United Kingdom. She is currently a senior economist at Finance Canada.

Résumé

Le régime canadien d'assurance-santé financé par l'État ne couvre pas les produits pharmaceutiques des malades non hospitalisés, les coûts associés aux médicaments d'ordonnance peuvent être très élevés pour les personnes atteintes de certaines maladies graves et il est de plus en plus fréquent de souscrire une assurance collective privée pour couvrir de tels coûts. Le document, commandé par Santé Canada en décembre 2000, examine les faiblesses de l'assurance privée comme réponse à ce problème et présente les avantages d'étendre le principe de l'assurance universelle financée par l'État (telle que définie par la *Loi canadienne sur la santé*) pour couvrir les médicaments d'ordonnance. Le document traite de diverses options visant à contrôler les coûts pour le secteur public, y compris le partage des coûts avec les patients, des listes de médicaments et les règles de substitution par les médicaments génériques, et souligne que le partage des coûts lié à la demande pour des médicaments est plus probable que pour les services médicaux ou les soins hospitaliers. Il contient la description des régimes provinciaux d'assurance-médicaments et leur comparaison au système d'assurance-médicaments proposé par le Forum national sur la santé (FNS). Comparativement au FNS, le document laisse entendre qu'un certain niveau de partage des coûts serait désirable en ce qui concerne les médicaments et qu'il serait important de prendre en considération la possibilité que le système comprenne des dispositions de retrait (permettant aux citoyens de substituer le régime public par un régime privé).

Abstract

Canada's publicly funded universal health insurance system does not cover the cost of outpatient pharmaceuticals. As the cost of prescription drugs may be quite large for patients with certain kinds of serious illness, private group insurance to cover such costs is becoming increasingly common. This paper, commissioned by Health Canada in December 2000, reviews the weaknesses of private insurance as a response to escalating drug costs, and outlines the case for extending the universal publicly funded health insurance (as defined by the *Canada Health Act*) to cover prescription drugs. It discusses various options for containing the cost to the public sector of doing so, including patient cost sharing, formularies and generic substitution rules, and argues that there is a stronger case in favour of demand-side cost sharing for drugs than for physician services and hospital care. It describes existing provincial/territorial pharmacare plans and compares them with the pharmacare system proposed by the National Forum on Health (NFH). In contrast to the NFH proposal, this paper suggests that some degree of patient cost sharing would be desirable in the case of drugs, and also that a system with provisions for opting out (allowing citizens to substitute private insurance for the public plan) should be given serious consideration.

Table of Contents

Introduction 1
Statistical Background 1

Paying for Drugs: Role of the Public Sector 3
Gains from Insurance 3
Problems with Private Insurance: Cream Skimming and Adverse Selection 3

Paying for Drugs: Cost Containment 5
Insurance, Moral Hazard and User Fees 5
Asymmetric Information, Supplier-induced Demand and Utilization of Drugs 6
Input Substitution 7
Containing Pharmaceutical Costs in Managed Care: Role of Formularies 9
Distribution Costs and the Role of Pharmacists 10

Provincial/Territorial Pharmacare Plans 12
Formularies and Reimbursement Restrictions 13

A Federal Pharmacare Initiative: the National Forum on Health Proposal 14
Special Issues: Drugs in Hospitals, Formularies and Generic Substitution . . . 15

Alternative Pharmacare Designs 17
Universal Plans with Patient Cost Sharing 17
Plans with Opting-out Provisions 19

Conclusion 22

References 23

Endnotes 25

Introduction

In Canada today, public health insurance covers essentially 100 percent of the cost of physician and acute-care hospital services. In contrast, more than 60 percent of the cost of pharmaceuticals is privately paid for, either directly by patients or through non-government insurance. This fact, together with the increasing proportion of drug costs out of total health care spending, has contributed to reducing the public sector share of total Canadian health care expenditure to less than 70 percent, which is low by international standards. Partly in response to this trend, many voices have called for a more extensive public sector role in paying for drugs. In particular, in its 1997 final report, the National Forum on Health proposed a dramatic restructuring of the existing system, advocating a major federal initiative to integrate pharmaceuticals into the system that currently applies to physician and hospital services.

This paper, commissioned by Health Canada in December 2000, covers various options for a possible federal initiative in the pharmacare area.[1] The objective at this stage is not to recommend any particular new policy or plan, but rather to outline a variety of options and to identify areas where additional research would be useful as a basis for future policy development.

The rest of the paper is organized as follows. Following the brief review of the statistical background, the section discusses the principal arguments in favour of extending Canada's system of publicly funded health insurance to pharmaceutical coverage. The third section considers certain factors relating to cost containment and the efficient utilization of drugs that policy makers should take into account when designing public sector pharmacare plans. There is also a discussion of the distribution of drugs, and of the role of pharmacists in this context.

The fourth section contains a short description of the public sector pharmacare plans that already exist in Canada's provinces and territories, and the tools they contain to promote a cost-effective pattern of drug utilization. The final two sections consider various options for alternative ways of extending public sector coverage, starting with the comprehensive proposal introduced by the National Forum on Health.

Statistical Background

In recent decades, pharmaceuticals have become an increasingly important influence on both the cost and the effectiveness of Canada's health care system. There has been a tremendous growth in the number of available pharmaceutical products; in 1997, there were more than 5,000 prescription products available in the Canadian market. Furthermore, new drugs are increasingly being used for preventative treatment, and as cost-effective and less invasive alternatives to hospitalization and surgery.[2] However, the increased availability of pharmaceuticals has also meant an increase in overall drug expenditures. Since the early 1980s, drug expenditures have been the fastest growing component of total health care spending, increasing an average of about 10 percent annually. Drug expenditures as a proportion of total health expenditures have steadily

increased, from 9.9 percent in 1982 to 15.6 percent in 1998. In the aggregate, Canadians now spend more on drugs than they do on physician services. Drug expenditures are second only to the cost of acute-care hospitals.

The most important component of these rising drug expenditures is spending on prescription medicines, which currently account for some three quarters of total drug spending. In 1997, expenditure on prescription drugs amounted to approximately $8.9 billion, or $296 per person. Provincial/territorial pharmacare, hospital and institutional drug expenditures account for 50 percent of the $8.9 billion. The private sector pays for the other 50 percent (i.e. $4.45 billion). Of the private sector spending, out-of-pocket expenses amount to $1.87 billion (42 percent of $4.45 billion) while the remainder (i.e. $2.58 billion or 58 percent) is attributed to those who have some form of insurance coverage.

Total drug expenditures include not only prescription drugs, but also over-the-counter (OTC) non-prescription drugs and personal health supplies. Almost all OTC spending is from private sources. Consequently, the private sector's share in *total* drug expenditure is higher than it is for prescription medicines: the public and private share of total drug expenditures in 1997 were estimated to be 37 percent and 63 percent respectively.

Paying for Drugs: Role of the Public Sector

Gains from Insurance

In all industrialized countries, a large share of total health expenditures is paid for through some form of insurance. In general, there is a good reason for this. Because major costly illness is relatively rare, the distribution of health care spending by individuals and families is highly skewed, with a small number of cases accounting for a large portion of the total in any given year. Moreover, although it is possible to predict with reasonable precision the number of costly episodes that will occur in a large population, illness strikes randomly, so one cannot tell in advance which families will be affected.

In such a situation, there are substantial economic gains from a system of risk pooling under which everyone in the pool contributes a regular premium, while the minority who suffer a loss receives a payment to help cover the loss. For the group as a whole, the protection against large losses for those who suffer costly illness is more valuable than the cost of the premiums that everyone pays.

Insurance can be set up either through the public sector or through a system of competing private insurance plans. However, in all industrialized countries other than the United States, insurance covering most of hospital and physician services is provided, explicitly or implicitly, through public plans.[3] In Canada, of course, public insurance pays for 100 percent of the cost of covered physician and acute-care hospital services.

The main reason for having public rather than private insurance is the belief that a system of competitive private insurance is likely to produce an outcome that is neither equitable nor particularly efficient. One major drawback of a private insurance system is that it is likely to entail high costs for marketing and administration. For example, it has been estimated that such costs amount to as much as 30 percent of the cost of health care in the United States; the corresponding figure for Canada is only a small fraction of this (Danzon, 1992). However, there are other more fundamental problems as well.

Problems with Private Insurance: Cream Skimming and Adverse Selection

One important problem with private insurance arises when different individuals do not face the same probability of suffering major illness. In this case, it is privately profitable for insurers to spend resources on identifying individuals with low probability of illness, since the cost of paying for the health care of individuals at low risk will be on average lower than for those with a higher probability of falling ill. If low-risk individuals pay the same premiums as those with high risk, the insurers will make larger profits on their contracts with those at low risk. Attempts to attract low-risk clients (or equivalently, to discourage those with high risk of illness from signing up) is often referred to in the literature as cream skimming. Alternatively, when there is

competition in the provision of insurance, those who have been identified as having low risk of illness will be offered insurance at lower premiums; premiums for those at high risk will then rise.

The idea that some individuals should be forced to pay higher insurance premiums because they are at higher risk of illness than others is one that is inconsistent with common notions of equity and fairness, at least in cases when the risk differentials are due to factors (such as genetics) that are beyond the individuals' control. Moreover, cream skimming can be thought of as a form of market failure, because, from society's point of view, the resources spent by insurers to identify those at low risk are wasted.

Another potential problem related to differences in the risk of illness is *adverse selection*. The problem arises when the differences are difficult to ascertain by insurers but are known to the individuals themselves. When, in this situation, individuals face the same premium for a given insurance plan, but have a choice between being insured or not, or between plans with more or less complete coverage, those with low risk will be more likely to remain uninsured or to opt for plans with a low degree of coverage. But then premiums will have to rise for those who choose to remain insured, or who opt for plans with relatively high degrees of coverage, since they are in high-risk groups that are more costly for the insurer to cover. It can be shown that this case, too, implies a potential welfare loss. Again, the idea that those in high-risk groups should have to pay larger premiums even though their high-risk status may be no fault of their own is something that most people would regard as inequitable.

To some extent, the problems of cream skimming and adverse selection can be overcome through group insurance, in which a firm or other organization negotiates collective coverage for *all* its employees or members. Indeed, most Canadians who have private insurance covering the costs of dental care and pharmaceuticals, for example, have this coverage through a group plan. However, for the self-employed or those who are not in the workforce, coverage can be very expensive, or simply unavailable. This presumably is the reason why all provinces have public drug plans that cover certain population groups, such as the elderly and those on social assistance, as discussed in the fourth section on provincial/territorial pharmacare plans. However, a substantial number of Canadians remain without coverage, and the most important argument in favour of some form of universal pharmacare initiative is to ensure that everyone is covered.

Paying for Drugs: Cost Containment

Insurance, Moral Hazard and User Fees

With a few exceptions, such as Canada and the United Kingdom, most countries require patient co-payment for health services used under public insurance. In Canada, in contrast, there are no user fees for physician services, hospital services and drugs used in hospitals. However, most patients pay at least part of the cost of the pharmaceuticals they use outside of hospitals, although their out-of-pocket shares differ depending on whether or not they have insurance, and when they do have insurance, whether they are covered by a public provincial/territorial plan or by a private plan. In part, the support for a universal publicly financed pharmacare plan comes from those who believe that there should be no personal direct cost for health care services.

In health economics, the issue of patient cost sharing is often related to another type of market failure in private insurance. The argument is as follows. When health insurance takes the form of paying the cost of health care when individuals fall ill, this becomes equivalent to a subsidy for the utilization of health care. But standard micro-economic analysis suggests that such a subsidy will cause consumers to use inefficiently large amounts of care, causing a welfare loss to the economy. In the context of health insurance, this is referred to as the moral hazard effect.[4]

In private insurance plans, the most common way to counteract the moral hazard problem is to introduce some degree of patient cost sharing, through deductibles or co-insurance provisions. Because the moral hazard argument applies as much to a government health insurance plan as it does to private insurance, some economists defend patient cost sharing through user fees in public plans as well. Moreover, user fees in a publicly financed plan also have the advantage of reducing the need for government revenue. This is an important consideration when high levels of taxation make government revenue costly; at the margin, the real cost to the economy of financing a dollar's worth of government spending may be as high as $1.40 to a $1.60.[5]

Those who argue in favour of zero user fees adduce several counterarguments. First, they point out that any system of user fees would involve significant administrative costs, which would have to be set against any gains in terms of reduced overutilization or reduced need for government revenue. Second, they argue that for health services such as physician visits or hospital episodes, the tendency toward overutilization with zero user fees may not be very large since both kinds of services involve opportunity costs in terms of patient time and travel as well. Third, they observe that, because utilization of health services is typically undertaken on the advice of physicians, subjecting *patients* to incentives to reduce utilization is unlikely to be effective if doctors continue to recommend the same pattern of utilization.[6] Fourth, there is empirical evidence to show that limited user fees in health care will generally constitute a more significant burden on individuals with low income than on others, so that user fees indirectly represent a redistribution of real income from the poor to the rich.

This paper takes for granted that no user fees will, in the foreseeable future, be introduced for physician and hospital services. Given this, an argument can be made that user fees should be eliminated for out-of-hospital drugs as well, on the grounds that there otherwise exists an incentive for patients to substitute fully subsidized services (physician services and days in hospital) for drugs that are not fully subsidized. As is argued below, however, substitution between pharmaceuticals, on the one hand, and other inputs in the production of health, on the other, is likely to be a less important consideration than the question of *substitutability among different kinds of closely related drugs*. While a pharmacare system with zero user fees on drugs would eliminate the incentive for uninsured or partially insured persons to substitute physician and hospital services for drugs, it would also remove their incentive to make a cost-effective choice among substitutable drugs. For this reason, consideration of a national pharmacare initiative should not be restricted to plans with zero user fees; variants that provide for such fees are discussed later in the paper.

Asymmetric Information, Supplier-induced Demand and Utilization of Drugs

The fundamental activity of the health care sector can be interpreted as that of producing better health for consumers. It does this by combining several kinds of inputs — in particular, physician services, hospital services and pharmaceuticals. A well functioning health care system must ensure that the different inputs into the production of health are combined as efficiently as possible — that is, whatever our target level of population health, it should be produced at the lowest possible resource cost.

The solution to this problem is complicated by the prevalence of asymmetric information between buyers and sellers in health care. Although consumers with health problems are the ultimate beneficiaries, most of them lack the specialized medical information that is necessary to make an informed purchase decision. As a result, they have to rely on information provided either by the sellers, or by the doctors they go to.[7]

The problem caused by asymmetric information has been extensively studied with reference to the market for physician services, with the doctor being both the information provider and the seller. Specifically, many papers have considered the possibility of supplier-induced demand (SID), a concept that refers to the possibility that doctors might exploit their information advantage over patients in order to induce patients to utilize more physician services than they would if they were accurately informed.

It is easy to see that SID may lead to an inefficiently large utilization of physician services if it is in the doctors' interest to engage in it. Moreover, the potential efficiency losses from SID are in addition to the losses from overutilization of medical services that may exist as a result of the moral hazard problem. As has been extensively discussed in the literature, a system in which doctors are paid a fee for their services (giving them an incentive to engage in SID) and in which consumers are covered by conventional insurance, is likely to end up being very costly.[8]

Most of the literature on asymmetric information in health care has focussed on the market for physician services. However, information problems exist in the markets for other inputs in the health production process as well, such as hospital services and pharmaceuticals. As in the case of physician services, the typical user clearly lacks the specialized information to decide whether he or she should be treated in hospital, or what drugs to use to treat a given health problem.

An important difference between physician services and other inputs is that with respect to the latter, consumers do not rely directly on the sellers (hospitals or drug manufacturers) to provide the information they need; typically, they rely on their doctors. Thus the problem of supplier-induced demand does not exist in the same form for these inputs. In particular, doctors paid on the basis of fee for service do not have a direct economic interest in inducing patients to use more hospital services or drugs, since the payments for these inputs go to someone else.[9] To the extent this difference is important, efficiency losses associated with asymmetric information should be less significant for these inputs than for physician services.

For consumers who are insured, the moral hazard effect (that is, the incentive to overuse health care resources) is qualitatively the same for inputs such as hospital services and drugs as it is for physician services. An argument can be made, however, that the opportunities for reducing the tendency toward overutilization through user fees should be better for the former than for the latter. This follows for the same reason as just noted: for inputs other than physician services, reduced utilization as a result of increased user fees does not directly reduce doctors' incomes. Thus, doctors who are concerned both with their patients' welfare and their own income are more likely to recommend a reduction in the utilization of non-physician services than in physician visits when user fees are imposed on patients.

Input Substitution

Changing the incentives for patients and doctors may influence utilization of pharmaceuticals for two reasons. First, it may lead to substitution of pharmaceuticals for other health services, such as surgery, hospital services or both. Second, a reduction in the effective price may lead to substitution among different *kinds* of pharmaceuticals, in cases in which doctors and their patients have a choice between similar but not equally costly drugs that can be used to treat given illness conditions.

The first kind of substitution is important in principle and, historically, technological breakthroughs have sometimes led to very substantial changes in resource utilization as new drugs have made it possible to avoid surgery (for example, in treating stomach ulcers) or institutionalization (for example, in the treatment of many kinds of mental illness). Encouraging this kind of substitution, especially when it leads to lower health care costs, is obviously desirable, and subsidizing patient use of such drugs through insurance coverage is an argument in favour of a pharmacare plan with low user fees.

In the current Canadian system, patients face zero out-of-pocket cost for drugs when they are hospitalized, but most have to pay all or part of the cost of the drugs used outside of hospital. Indirectly, this may lead to a form of input substitution: patients have an incentive to stay in hospital longer than they otherwise would if they require extensive drug therapy. Again, this constitutes an argument in favour of a pharmacare plan with low or zero patient co-payments.

With respect to substitution among different *kinds* of drugs, it is first important to recognize the nature of competition in the market for pharmaceuticals, and how it depends on a country's patent legislation. In general, patents are granted not only on breakthrough drugs that can be used to alleviate previously untreatable conditions, or that produce dramatically improved results in comparison with earlier drugs or therapies. They are also granted on so-called "me-too" versions that may differ from earlier ones in chemical composition or method of administration, but may have similar therapeutic effects for most patients. When a profitable breakthrough drug is successfully introduced by one firm, others quickly try to develop their own slightly improved but closely related version in order to share in the profits. Typically, competition between drugs in therapeutically similar groups is not on the basis of price, but on the basis of aggressive marketing (to both patients and health professionals) that emphasizes the supposed advantages of the new version in terms of such things as slightly different side effects, convenience of administration, or small differences in effectiveness for specific groups of patients. Often the new and improved versions actually sell at higher prices than the original breakthrough drug.[10] When a certain type of drug has been around so long that the patents for one or more versions of it have expired, it is also legal for companies other than the original patent holder to produce generic copies of the drug, which may be sold under a different name in competition with the patented brand name versions.

As a result of this market structure, doctors who treat patients with a given problem are often faced with a choice among several drugs with slightly different properties but similar therapeutic effects for most patients, but that are sold at widely different prices. In such a situation, if patients are fully covered by insurance, neither the patient nor his doctor has any reason to pay attention to the price. From the patient's point of view, the preferred drug is always the best (most recently developed) one, even when it only offers a slight advantage over earlier ones, and no matter what it costs.

Because the market for pharmaceuticals is organized this way, a system of insurance in which patients are fully insured against the cost of any drug and doctors are free to prescribe any drug without restriction is likely to be very expensive indeed. One obvious response is to introduce some kind of cost sharing (user fee) that gives the patient an incentive to pay attention to price. Even if patients rely on their doctors' prescriptions, the fact that the patient has a financial interest in the choice may, indirectly, make doctors give at least *some* consideration to price when prescribing.

Some empirical evidence exists on the effect of patient cost sharing on drug utilization. The Rand Health Insurance Study found that the elasticity of drug expenditure with respect to patient cost sharing was similar to the corresponding elasticity for all kinds of health services utilization, or in the range of –.1 to –.3 (Newhouse et al., 1993). A study by Motheral and Henderson (1999) also considered the effects of differential co-payments for generic and branded drugs as a method of cost containment, and found that considerable savings resulted from substitution of generic for brand name drugs when co-payments for the latter were raised.

Containing Pharmaceutical Costs in Managed Care: Role of Formularies

The lack of financial incentives for doctors and patients when patients are covered by comprehensive conventional insurance indirectly raises the premiums on such insurance. In a competitive insurance market, insurers may try to counteract this tendency by offering alternative policies that reintroduce some degree of cost consciousness. As noted above, this may be done through demand-side cost sharing — that is, requiring patients to pay at least part of the cost of their pharmaceuticals (and other health care costs) via provisions for co-payments, co-insurance and deductibles. (Under a deductible, the patient pays 100 percent of the cost up to a specified limit. The term *co-insurance* typically denotes provisions under which the patient has to pay a fixed share of the cost. *Co-payment* is sometimes used synonymously with *co-insurance*, but is more often used to denote a fixed amount that the patient has to pay. This paper follows this convention.) Alternatively, insurers can attempt to reduce costs by creating managed care plans under which consumers are only covered for the cost of services rendered by providers who have agreed to abide by certain conditions imposed by the insurer. These conditions may include so-called supply-side incentives, under which the incentive to adopt cost-conscious strategies of treatment is given to the doctor or hospital rather than the patient. In the United States, various types of managed-care plans have recently begun replacing conventional insurance at such a rapid rate that some have referred to the process as a revolution in the health care system.

The introduction of managed care and supply-side incentives has profoundly affected the market for pharmaceuticals in the United States, as insurers have required doctors to employ lists of covered drugs (so-called formularies) when prescribing, or shifted to some form of prospective payment to cover the cost of pharmaceuticals. (Under prospective payment, a hospital or group practice receives a fixed amount to cover the cost of treating particular patients or groups of patients; this amount may include the cost of the drugs the patient receives.) There is little doubt that these contractual devices have significantly strengthened the degree to which generic substitutes provide competition for brand name drugs, and it is generally believed that they have increased the importance of price as a determinant of demand when manufacturers introduce patented drugs that are close substitutes for existing brand name drugs.[11]

Although managed care and supply-side incentives are tools that originated in the United States, they have become important in Canada as well. As noted earlier, under our system of hospital funding, drugs used by hospitalized patients are paid for by the hospital out of its global budget. This is a form of supply-side cost sharing, and has given hospitals an incentive to be cost-conscious.

Drug utilization in most Canadian hospitals is now governed by formularies that provide rules for the choice of drugs and thus influence what drugs hospitalized patients are given. These formularies are typically put together by the hospital medical staff, with input from the hospital pharmacist, and are designed with the knowledge that the hospital's drug budget is limited. Similarly (as discussed further below), the provincial/territorial drug plans that cover particular population groups also use lists and formularies to control costs. Some private insurers offering drug plans as part of the fringe benefits of employee groups have been moving toward a form of managed care by directing their beneficiaries to pharmacies that have agreed to a negotiated dispensing fee. Beneficiaries may be free to go to a non-participating pharmacy, but will then have to pay the difference between the maximum fee and the fee actually charged out of their own pocket. Following U.S. terminology, the participating pharmacies are sometimes referred to as a network of preferred providers.

Distribution Costs and the Role of Pharmacists

The total cost of drugs to patients and insurers includes payments to the wholesalers and retailers that distribute them. The most important component of the distribution cost is the retail margin and dispensing fees charged by pharmacists.

Historically, pharmacists were responsible for actually producing many kinds of drugs by combining their basic ingredients. This task obviously requires great skill and care in many cases, and governments gradually became involved in regulating the profession to ensure that anyone performing this task was adequately trained. Even though production of the finished drug has been almost entirely taken over by manufacturers, retailing of pharmaceutical products can still only be legally done by pharmacists — trained professionals with a high level of expertise about the properties and effects of the drugs they dispense. In today's system, this expertise can be seen as complementing that of the prescribing doctor: the pharmacist's role is to provide additional counselling to patients concerning the use of prescription drugs, and to serve as a kind of second opinion to confirm that the drug is appropriate for the patient. Pharmacists are reimbursed through a combination of the retail margin on the drugs they distribute and the dispensing fee; together these items make up a substantial portion of the total cost of drugs.

There is a long-standing controversy about whether this system is efficient or unnecessarily costly. Although a second opinion may be valuable in principle, there is evidence that, in reality, instances of inappropriate prescriptions caught by pharmacists are rare, casting doubt on the cost-effectiveness of requiring one.[12]

Another reason why the current distribution system may be unnecessarily costly is that most patients are unlikely to shop aggressively for low-cost suppliers when filling a prescription. If that is so, retailers do not have a strong incentive to compete with low margins on prescription drugs or low dispensing fees. As before, this tendency is reinforced to the extent that many buyers are covered by conventional insurance that pays for the full cost of prescriptions. When drug retailing is interpreted as a monopolistically competitive industry, relatively weak price competition tends to lead to a system with excessively high service quality and overcapacity.

The nature of competition among retail pharmacies is also influenced by government regulation and professional practices. Perhaps in recognition of the weak incentives for price competition, many provinces regulate the markups that pharmacies are allowed to add to the ingredient cost (that is, what they paid for the drugs they distribute). As in other professions, pharmacists' associations encourage members to follow various codes of professional conduct. Among pharmacists, these include suggestions that pharmacies should refrain from aggressively advertising their dispensing fees (even though provincial/territorial legislation may legally require them to post their fees in the store).

As before, insurers with plans that cover the cost of drug distribution may attempt to reduce the distribution margin with demand-side or supply-side measures. On the demand side, policies exist under which the consumer is responsible for the entire dispensing fee, and thus has an incentive, in principle, to look for pharmacists who charge low fees. As elsewhere in the health sector, however, insurers have recently become more active in trying to control costs by negotiating directly with service providers, not only in the United States but in Canada as well. As noted above, for example, some private drug plans have a list of pharmacists with whom they have negotiated special dispensing fees for their clients' prescriptions, and provincial/territorial drug plans typically limit the allowable dispensing fee. Evidence that drugs can be safely supplied at lower cost than in the current system is also provided by the trend toward more prescriptions being filled by mail order.

One of the most controversial approaches to pharmaceutical cost containment in Canada involves giving pharmacists the authority to supply lower cost substitutes for the drugs actually prescribed by doctors, in certain situations. Under most provincial/territorial drug plans, pharmacists are not only allowed but also encouraged to do so when a generic equivalent exists for a brand name drug and the plan only covers the cost of the generic version (if patients choose the more expensive version, they have to cover the difference out of their own pocket). In British Columbia, the provincial plan gives an incentive to pharmacists to choose the lowest cost alternative from groups of drugs that have been deemed to have equivalent therapeutic properties even though they are not chemically identical to the brand name drug that has been prescribed. Needless to say, the government regulations that define the rules according to which such substitution is allowed are controversial.

Provincial/Territorial Pharmacare Plans

As noted in the introduction, more than 60 percent of the total cost of pharmaceuticals in Canada in the late 1990s was paid for by private sources. Of the 40 percent or so that were paid for out of public funds, part is accounted for by drugs given to patients in hospitals. However, the bulk of public spending is in the form of provincial/territorial government programs that pay for outpatient prescriptions drugs for certain categories of people. This section contains a brief review of the principal features of these programs.[13]

Even though the *Canada Health Act* does not require the provinces to offer coverage of pharmaceuticals (except for patients in hospital), all provinces have plans that pay for the drugs of individuals receiving social assistance, and all but two have plans that cover every individual older than age 65. (The exceptions are New Brunswick and Newfoundland, whose plans only cover senior citizens with income low enough to qualify for the guaranteed income supplement.)

In addition to the plans that cover all senior citizens and social assistance recipients, the western provinces, Ontario and Quebec have at least some type of coverage that is available to all citizens, although in some cases with very high deductible provisions. Among this group, Quebec is unique in that it has a plan under which pharmaceutical insurance is mandatory. However, those who are eligible for private group insurance through their employer do not have to enroll in the public plan (indeed, are not allowed to do so).

Most of the provincial/territorial plans are tax-financed, although there are some exceptions. In Quebec, those insured under the public plan have to pay an annual premium, determined on the basis of net income, that varies from $0 to $350 per adult per year. The premium is collected annually through the provincial/territorial income tax system.

Alberta offers an extended health benefits plan, which includes drugs for those not covered by plans for seniors and social assistance recipients, at a three-month premium of $123 per family. In both cases, premium subsidies apply to those with low income. In Nova Scotia, seniors must pay a premium of $215, while seniors in New Brunswick who do not qualify for low-income coverage have to pay a monthly premium of $58 per person.

Most plans have either deductibles or some type of co-insurance or co-payment provision; several provinces have both. In many cases, deductibles and stop-loss provisions[14] differ by categories of beneficiaries, or are computed according to the beneficiaries' income (e.g. Manitoba, Ontario's Trillium plan). In some cases, the deductibles and co-insurance provisions of the residual plans for people who do not have low incomes are so high that the plan may be best characterized as catastrophe insurance. Thus, the standard deductible in Saskatchewan's residual plan is $850 per six months, and there is a co-insurance provision of 35 percent of the cost of each prescription thereafter. In B.C., the corresponding plan has an annual deductible of $600, followed by co-insurance of 30 percent, with an annual patient payment ceiling of $2,000. The public plan in Quebec has a smaller cost-sharing element: a three-monthly deductible of $25

per adult, and then co-insurance of 25 percent of the prescription cost, up to a total ceiling of $187.50 per three months (lower for those with low income). In the Maritime provinces, there are no deductibles, though some co-payments apply.

In addition to using patient cost sharing as a way of limiting the cost to the government, all provinces also use two other types of restrictions in their insurance plans: lists of products that the plan will pay for, and maximum amounts that will be paid for different items.

Formularies and Reimbursement Restrictions

All the provinces have formularies that, published by the paying agency, list the drugs supplied under various plans. The lists are useful when all drugs subject to subsidization are listed. The lists could include both prescription and non-prescription drugs, as well as medical supplies such as syringes. The criteria for covering new drugs often include a pharmaco-economic element, namely, that the drug must be cost-effective. Some private plans also reimburse only the cost of drugs listed on provincial/territorial formularies. Others simply follow a broad rule, such as reimbursing the costs of all prescribed drugs.

Provincial/territorial drug plans all establish the price that will be reimbursed for each prescription. Various pricing mechanisms exist, including actual acquisition cost, lowest cost alternative, maximum allowable cost, best available price and reference-based pricing. These pricing/reimbursement policies tend to favour generic substitution when generics are available. Generic substitution, also known as phase 1 reference-based pricing, means the maximum price that the provincial/territorial agency will pay for any particular drug is that of the lowest cost and chemically identical product. This applies to drugs for which patent protection has expired, and when the lowest cost product is a generic one. There is mandatory generic substitution in all provinces. As already noted, the province that appears to have gone furthest with respect to reimbursement control is B.C. It has a system of reference pricing based on groups of drugs that have been classified as equivalent from a therapeutic point of view, even though they may not be chemically identical or even related. (This system is sometimes referred to as phase 3 reference-based pricing; see McArthur, 1997). For any drug that is part of such a group, the amount that will be reimbursed is limited to the cost of the least expensive drug in the group.

In addition, provinces stipulate the percentage of pharmacists' dispensing fees that will be reimbursed. Generally, provinces reimburse the pharmacy directly. (Private plans tend to reimburse the beneficiary, but some are moving toward direct payment to the pharmacy. Because of the high cost of administering the various types of pricing/reimbursement policies, private plans tend not to make use of them.)

A Federal Pharmacare Initiative: the National Forum on Health Proposal

This and the following sections discuss possible forms that a national pharmacare initiative could take. Although *pharmacare* is a national initiative, the term is apt to be used by Canadians in the same sense that they use *medicare* to refer to a system of provincial/territorial plans that are subject to certain restrictions defined in the *Canada Health Act*. This section considers the proposal that represents the most radical departure from the existing system of provincial/territorial plans, namely the one advanced by the National Forum on Health (NFH).[15]

With regard to financing, the NFH option is modelled on medicare in that it would require each participating province to have a universal, comprehensive, publicly financed plan. The wording in the *Canada Health Act* with respect to universality is that medicare has to be "universally available to all residents on equal terms and conditions." Universality in this sense clearly rules out financing through premiums that would be risk-related. However, it is not clear whether it should rule out the financing of pharmacare through a system of income-related premiums. At present, Alberta finances its medicare plan through a system of premiums, with subsidies available for individuals with low incomes. It is also not clear whether universality should be defined so as to rule out systems that provide coverage at no premium cost to some individuals (such as seniors and social assistance recipients) while others are charged a premium.

According to the *Canada Health Act*, provincial/territorial medicare plans must also be comprehensive, which is interpreted to mean that they must cover all medically necessary services. As is well known, however, the meaning of this definition is not obvious. In particular, many provinces have recently been involved in disputes with individuals who want access to various types of advanced treatments that are not covered under provincial/territorial plans, either because they are classified as experimental (certain kinds of cancer treatment, for example) or are considered optional rather than medically necessary.[16] Accordingly, one can argue that a pharmacare program can be considered consistent with the comprehensiveness restriction even when it incorporates various restrictions on which drugs are covered, on the basis of some type of formulary or reference-based pricing.

The NFH argues strongly against any form of user fees: under its plan, covered drugs would be available at no charge to patients. This is modelled on the 1984 amendments to the *Canada Health Act* in which the earlier provisions regarding accessibility to insured services were strengthened to rule out any form of user fees for physician or hospital services. For the reasons discussed above, the arguments in favour of some degree of patient cost sharing for pharmaceuticals are stronger than for physician and hospital services (see the next section for information on plans with cost sharing).

Special Issues: Drugs in Hospitals, Formularies and Generic Substitution

As discussed above, drugs used in hospitals are paid for out of the hospitals' global budgets under the current system. As noted above, part of the case for a national initiative was that in-hospital and out-of-hospital drugs should be treated the same way, so this could be taken as a reason to finance in-hospital drugs under the same plan as out-of-hospital drugs.

An advantage of the current system, however, is that hospitals have an incentive to utilize formularies to encourage cost-effective use of drugs for in-patients, along the same lines as a managed care plan would do. To the extent one believes that such plans are efficient, there would be a case for leaving the current system intact. One advantage of doing so would be administrative simplicity.

The question how in-hospital drugs should be financed is related to the broader question of integration between out-patient and in-patient care generally. Regardless of the way in-patient and out-patient drugs are financed, it seems to be an advantage when the principles governing a patient's utilization of drugs while in hospital are similar to those that apply in an out-patient setting. Consequently, an important consideration when a pharmacare plan would be the role that formularies and substitution rule would play in it, and how they would relate to the formularies typically used in hospitals.

Since all existing provincial/territorial plans already use lists and formularies, one would assume that they would want to continue doing so under a national pharmacare plan as well. In the context of a national plan, however, it could be argued that the restrictions imposed on patients through lists and formularies are very much a part of the standard of coverage provided by the plan. If this argument is accepted, there is a *prima facie* case for encouraging some degree of uniformity across provincial/territorial plans in this regard. It is likely that if and when concrete discussions about a pharmacare plan begin, negotiations about this aspect of it may be controversial, with a high degree of stakeholder involvement.

Even if there were to be no formal pharmacare initiative, a more active role for the federal government in coordinating the design and updating of model formularies can be justified on other grounds. At present, there appears to be a considerable degree of duplication in that several provinces have set up groups of experts to decide which drugs are to appear on the lists and formularies that govern their pricing and substitution rules. Although it is reasonable to suppose that each regulatory body tries to stay informed about the decisions of others, there might at least be a role for the federal government in facilitating this information exchange, even when the provinces formally retained their separate bodies. Such an initiative may also be welcomed by the pharmaceutical companies, to the extent that it would effectively reduce the number of regulatory bodies with whom they have to negotiate about the status of a given drug.

Another important policy choice in this context refers to what should happen if patients and doctors select a drug that is more expensive than the cheaper version the plan will pay for. Under many existing plans, this can be done, but when a more expensive drug is chosen, patients pay the difference out of their own pocket.

In principle, acceptance of this approach may be considered inconsistent with the idea that the most equitable and efficient health care system is one funded is through a single payer, and also with the objective of maintaining a single-tier system in which the nature of health care that an individual receives does not depend on his or her ability to pay. One may thus argue that to preserve a single-payer, single-tier system within a universal pharmacare program, the program would only pay for the recommended drug, and persons opting for a more expensive one would be allowed to do so only if they paid the *full* cost themselves. Moreover, one might also argue that strict adherence to the single-payer principle would rule out any role for supplementary private insurance against the cost of pharmaceuticals, whether to pay for the extra cost of more expensive drugs, or to pay the full cost of these drugs when the public program does not pay any part of the cost of a more expensive drug.

The opposing view is that, from the standpoint of public policy, the most significant issue with respect to the cost of health care is the burden on the public sector, not total costs. From this perspective, an increase in total cost that results from voluntary private spending should not be a matter of public concern, as long as private spending does not impinge on the cost and quality of the care offered in the publicly financed system.[17] In addition, allowing a role for supplementary private insurance would have the advantage of allowing individuals who currently have comprehensive private insurance to arrange for equivalent coverage even when the public plan is less comprehensive.

Finding systematic evidence of the implications (for cost and quality of care) of various approaches to the design of formularies, substitution rules and reimbursement limits should be a high priority. Although this paper follows much of the existing literature and discusses alternative plans that differ with respect to financing and extent of population coverage, one should not lose sight of the fact that the rules regarding choice and pricing of drugs may be as important in terms of their influence on the cost to the government as the method of financing and extent of coverage. Another way of saying this is that there is likely to be a trade-off between the public plan's degree of coverage and the rules regarding choice of drugs. With more restrictive rules about choice of drugs, one can obtain more extensive coverage (both with respect to the categories of individuals covered and to user fees in the public plan) at a similar cost to the public sector.

Alternative Pharmacare Designs

Universal Plans with Patient Cost Sharing

At present, most provincial/territorial pharmacare plans, and some private plans, require a significant amount of patient cost sharing (user fees). Creation of a universal pharmacare plan with no cost-sharing implies a tendency toward increased costs to the public sector for two reasons: first, because a universal plan will cover more people than current plans, and second, because existing beneficiaries will no longer pay part of the cost. (In addition, of course, existing beneficiaries' utilization is likely to increase if cost sharing is abolished.) Given this, it seems unlikely that federal-provincial/territorial negotiations about a pharmacare plan will start from a unanimously accepted premise that cost sharing should be zero, even as this principle is now widely accepted with regard to other aspects.[18]

Patient cost sharing can take several forms. With deductibles, patients pay the full cost of the drugs they use, up to a given maximum. Other forms of cost sharing include co-insurance and co-payments. While terminology in the literature varies, the term *co-insurance* is used here to describe plans in which patients pay a percentage of the cost of each prescription (usually subject to a maximum amount per period of time), while the term *co-payment* denotes the practice of the patient paying a fixed fee per prescription.

Although co-payments do reduce the cost of a pharmacare plan to the government and are relatively easy to administer, they do not have some of the potentially beneficial incentive effects of either patient payment of dispensing fees or of co-insurance and deductibles. Since co-payments do not depend on the patient's choice of pharmacy, they do not enhance competition in distribution. Similarly, since they do not vary with the cost of the drugs used, they give no incentives to patients and their doctors to take cost into account when choosing among substitutable drugs. At the same time, fixed co-payments imply an incentive to reduce the number of prescriptions by putting a larger supply of drugs on each one, as well as an incentive for patients to reduce their number of refills. Either type of incentive may have undesirable side effects, either in terms of wasted medication or of reduced effectiveness if it contributes to non-compliance with doctors' recommendations. For this reason, cost-sharing through co-insurance and deductibles should be the preferred option.

Several other issues are also relevant to the design of a system of deductibles and co-insurance payments in pharmacare plans. Three are considered below: the costs of administration, the role of supplementary private insurance, and the possibility of income-related deductibles and co-insurance provisions.

Administration Costs

An important objection against patient cost sharing in health care is that it is costly to administer. However, although the margins that cover administrative and marketing costs in private insurance plans with cost sharing tend to be high, it is the marketing share (irrelevant in a public plan) that accounts for most of it. Furthermore, administration costs in a single universal public plan should be lower than for a system with multiple private insurers because of economies of scale and other factors.[19] It seems likely that a significant part of these costs relate to the design of formularies, pricing restrictions and substitution rules. To the extent that a national pharmacare initiative would involve similar provisions of this kind across provinces, costs could be reduced by avoiding duplication. Routine administration of benefits (for example, checking whether individuals or families had exceeded their deductibles) can be kept down using modern information technology: for example, by linking pharmacies electronically to the provincial/territorial authorities, and by the use of smart cards by beneficiaries. There is considerable experience to learn from in existing provincial/territorial plans. Additional empirical work on administration costs would be very valuable.

Supplementary Insurance

In systems of public insurance with deductibles and co-insurance, an important policy decision concerns the admissibility of private supplementary insurance, which pays the charges that otherwise would be the beneficiary's responsibility.[20] For other types of insurance, it is sometimes argued that supplementary insurance is inefficient. Because supplementary insurance reduces the effective cost to the beneficiaries, it has a tendency to increase the quantity of insured services that they utilize. But this will indirectly increase the costs to the basic insurance plan as well, either because it increases the likelihood that beneficiaries will exceed the deductible of the basic plan, or because part of the cost of the increased utilization is born by the main plan in the first place (when the main plan provides for a co-insurance rate of less than 100 percent).

For a pharmacare plan governed by a system of formularies and maximum price provisions, these considerations may not be particularly significant. In principle, some spillover effects may arise, for example, when supplementary insurance leads to increased wastage (that is, drugs purchased but not used). The main effect of deductibles and co-insurance provisions in a pharmacare plan, however, is not to reduce the *quantity* of drugs that beneficiaries use, but to give patients an incentive to choose less expensive drugs when substitution possibilities exist. When supplementary insurance induces patients to choose more expensive drugs, this does not affect the main plan, since all it pays for is the less expensive version in any case.

Income-related deductibles and co-insurance provisions

From a Canadian perspective, a major disadvantage of a system of uniform deductibles and co-insurance provisions is that these represent a relatively larger burden for low income families. Partly for this reason, several provincial/territorial plans have deductibles and co-insurance provisions that are differentiated by income. The Manitoba plan, for example, has a deductible of three percent of "adjusted family income" for those with income of more than $15,000 per year; similar rules apply in Ontario's Trillium plan. Some degree of income differentiation can also be accomplished by indirect means. For example, deductibles may be set at a lower rate for seniors than for others; since seniors on average have lower incomes than the rest of the population, the effect is indirectly to make those with lower income bear a smaller share of the burden.

A potential disadvantage of a system of income-differentiated cost sharing is that it introduces administrative complications, as information must be collected on beneficiaries' income. Again, however, modern information technology may be used to keep administrative costs down. For example, beneficiaries may be given the option of either paying user fees out of pocket, or temporarily charging the full cost to the plan. Deductible and co-insurance liabilities could then be calculated when the beneficiaries file their income tax returns, and the calculated liabilities could be compared with the amounts that they had already paid in cash during the year. Unpaid balances could then be added to the individual's tax bill, while overpayments would be refunded.[21]

Plans with Opting-out Provisions

The alternative plan designs discussed in the preceding sections are all based on the principle of universality, in the sense that they would cover all citizens of a province. In this section, a potentially less costly (to the government) system of mixed public-private funding based on the principle of allowing opting out is briefly considered. In such a system, the public plan is the default option, but those who so desire are allowed to choose coverage through a government-approved private plan *as an alternative* to the public plan, the emphasis being on the fact that those who opt out are no longer covered by the public plan. Such a system is different from one in which citizens may elect to be covered through a private plan while retaining their coverage through the public plan. In the latter case, the private plan *supplements* the public plan. Under a system that allows opting out, individuals can *substitute* private for public coverage; those who opt out give up their membership in the public plan.[22]

An individual's incentive to opt out in such a system depends on two factors. First, there is typically a financial incentive: those who give up coverage in the public plan are eligible for some kind of premium or tax refund. Second, there may be quality differences between the public and private plans.

Mixed systems with opting out are similar to systems in which the government offers an optional plan in return for a premium. (In Canada, Alberta does this with its pharmacare plan.) However, here this expression refers to a system in which membership in *some* type of government-approved insurance plan is mandatory. Thus, following the reforms of 1996, Quebec can be said to have a pharmacare plan that is based on the principle of opting out. Under current rules, everyone in Quebec must belong to either the public plan or an approved private plan. The question in this section, therefore, is essentially whether there is a case for looking seriously at a national pharmacare initiative that is based on the Quebec approach.

The most critical determinant of the cost to the government of a plan that allows opting out is the financial incentive offered to those who do. To consider this issue, suppose first that the basic public plan is financed through a uniform premium that is high enough to cover the total cost of the benefits paid out by the plan. Suppose further that those who choose to opt out of the public plan and get coverage through an approved private plan are exempt from the premium. In this case, the individuals who opt out are those who are able to get equivalent private coverage at a lower premium, or, more generally, can find a plan with a more attractive combination of premium and quality of coverage than that of the public plan.

The problem with this approach is that it does not resolve the cream skimming and adverse selection problems discussed above. When individuals are subject to different degrees of risk of illness, there will be a tendency for those with a low risk of illness to leave the public plan (since they are more likely to find private coverage at a low premium cost). When this happens, premiums in the public plan will have to rise if the plan is to continue covering the cost of the benefits it pays. The end result may be a system in which only those with a high risk of illness (for example, the elderly and those with a history of major illness) remain in the public plan. But then premiums in the public plan may have to be very high if the plan is to continue to be self-financing. Such an outcome would be considered unacceptable by many, on grounds of equity.

However, pharmacare plans can obviously also be financed out of general government revenue, and the principle of opting out may be used in tax-financed systems as well. When this is done, the incentive to opt out comes in the form of some type of income tax refund for those who elect private coverage. In this case, the adverse consequences for equity of having a large number of people opt out are not as severe, since the burden of financing the public plan for those at high risk is shared among all taxpayers.

By varying the size of the refund, the government can control the incentive to opt out. Note, however, that the smaller the number of individuals that opt out, the larger the share of the total cost that will continue to be born by the government. Thus, if one objective is to improve efficiency by reducing the share of pharmacare costs borne by the government, finding the appropriate incentive for individuals to opt out involves a trade-off between the efficiency and equity objectives. A large incentive is efficient in the sense that it promotes opting out and reduces the need for government revenue,[23] but it is inequitable in that it raises the real income of those with a low risk of illness relative to others.

Note, finally, that the severity of this trade-off can be moderated considerably if it is possible to separate the population into groups with different risks and to differentiate the incentive to opt out according to risk (or, more generally, according to each group's expected premium for private insurance). Thus, for example, incentives to opt out may be made larger for people older than 65, and smaller for those eligible to be covered by employer-sponsored private group insurance.

As the Quebec example suggests, an attractive feature of a system with partial opting is that it can be introduced without a radical restructuring of the system of mixed public-private insurance that exists in most provinces already. All the government needs to do is introduce a mandatory plan that covers those not eligible for other government programs (i.e. in most provinces, those younger than 65 and not in receipt of social assistance). The tax bill for those covered by the new plan would be increased by a premium set at a level sufficiently high so that those covered by existing private group insurance plans would find it attractive to opt out — that is, to stay with their private insurance plans in return for being exempt from the premium. As a result, there would only be a limited impact on the private insurance industry. Furthermore, the impact on those with low income of making insurance mandatory can be reduced by creating a system of income-related premiums for those at the low end of the scale, as Quebec has done.

With partial premium relief for some, and with the tendency of those with the highest risk of illness to gravitate to the public plan, it may not be possible to make the plan self-financing. However, the net impact on the government budget is likely to be limited, and may be considered a small price to pay for ensuring some form of equitable pharmaceutical insurance coverage for the entire population. For all these reasons, the Quebec example should be carefully monitored as the process of formulating a national pharmacare strategy continues.

Conclusion

In a comparison between the approaches to health care funding in the United States and Canada, the Canadian system, with publicly provided insurance covering the cost of physician and hospital services, looks like a clear winner. With the cost of pharmaceuticals becoming an increasingly important component of the aggregate cost of health care, the case for extending the publicly funded insurance system to cover the cost of drugs as well seems more and more compelling.

In response, provincial/territorial governments have already experimented with alternative approaches for doing so. The purpose of this paper has been to identify ways in which the federal government could play a useful role in this process. Although a great deal of additional research and consultation is necessary in order to arrive at concrete policy proposals, this paper may be useful input into the debate.

References

Barer, M. L., R. G. Evans and G. L. Stoddart, *Controlling Health Care Costs by Direct Charges to Patients: Snare or Delusion?* (Toronto: Ontario Economic Council, 1979).

Blomqvist, Åke, and Per-Olov Johansson, "Economic efficiency and mixed public/private insurance", *Journal of Public Economics,* 66, 1996, 505–16.

Campbell, John C., and Naoki Ikegami, *The Art of Balance in Health Policy: Maintaining Japan's Low-Cost, Egalitarian System.* (Cambridge: University Press, 1998).

Dahlby, Bev, "The Distortionary Effect of Rising Taxes" in R. Robson and W. Scarth (eds.) *Deficit Reduction: What Pain, What Gain?* (Toronto: C.D. Howe Institute: 1994) 43–72.

Danzon, Patricia M. "Hidden overhead costs: Is Canada's system really less expensive?", *Health Affairs,* 11, 1992, 21–43.

Evans, Robert G. "Supplier-induced demand"in M. Perlman (ed.), *The economics of health and medical care* (London: MacMillan: 1974) 62–73.

Folland, Sherman, Allen Goodman, and Miron Stano, *The Economics of Health and Health Care.* 2nd ed. (Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall, 1997).

Graham, John R., *Prescription drug prices in Canada and the United States – Part 2: Why the difference*? Vancouver: The Fraser Institute. Available on the Internet at http://www.fraserinstitute.ca/publications/pps/43

Kirkman-Liff, Bradford L., "Health care reform in the Netherlands, Germany, and the United Kingdom" in Åke Blomqvist and David Brown (eds.), *Limits to Care: Reforming Canada's Health System in an Age of Restraint.* (Toronto: The C.D. Howe Institute: 1994) 167–216.

McArthur, William, *Pharmaceutical Cost Containment: A Canadian Dilemma*, paper presented at the Fraser Institute Conference Putting Patients First, Toronto and Vancouver, Nov. 3 and 4, 1997.

Morgan, Steven G., *Issues for Canadian Pharmaceutical Policy.* Background paper commissioned by the National Forum on Health, 1997.

Motheral, Brenda, and Rochelle Henderson, "The effect of a copay increase on pharmaceutical utilization, expenditures, and treatment continuation," *American Journal of Managed Care,* 5, 1999, 1383–94.

National Forum on Health, "Directions for Pharmaceutical Policy in Canada," in *Canada Health Action: Building on the Legacy–Volume II–Synthesis Reports and Issues Papers,* 1997.

Newhouse, Joseph, et al., *Free for All: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment.* (Cambridge: Harvard University Press, 1993).

Palmer D'Angelo Consulting, *National Pharmacare Cost Impact Study.* Ottawa, 1997.

Phelps, Charles E., *Health Economics.* 2nd ed. (Reading, MA: Addison-Wesley, 1997).

Reuber, Grant L., *Canada's Political Economy: Current Issues.* (Toronto: McGraw-Hill Ryerson, 1980).

Endnotes

1 The term *pharmacare* is currently used to describe various provincial/territorial programs, but it has also been used to refer to a hypothetical new nation-wide system, by, among others, the National Forum on Health.

2 For example, *cimetidine* and other H2 antagonists have virtually eliminated the need for ulcer surgery, and the introduction of new anti-psychotic drugs has reduced the need for institutionalization of persons with a mental illness.

3 With government financing, the premiums that would be payable under private insurance may be replaced either by specific "earmarked" taxes (for example, payroll taxes as in Germany) or (when financing is out of general revenue) by higher taxes generally.

4 Some economists prefer to reserve the term *moral hazard* for cases in which insurance changes individuals' behaviour in such a way that it influences their risk of illness, rather than their consumption of health services once they are ill. However, most texts now use the term to refer to the latter effect as well.

5 The excess burden arises because of the distortions of economic behaviour created by taxation. Recent estimates of the marginal excess burden are provided by Dahlby (1994). For the case of revenue raised through federal or provincial/territorial income tax increases, he finds values in the range of 40 to 60 percent of the additional revenue.

6 This argument has been made most forcefully by Robert Evans and his co-workers. For an early discussion that has been very influential in Canada, see Barer, Evans and Stoddart (1979).

7 Indeed, most consumers probably do not think of themselves as the actual decision makers when it comes to deciding what health services or drugs to use in the context of a given illness episode. Rather, they regard the doctor as the effective decision maker.

8 For a discussion of the concept of SID, see any textbook in health economics; for example, chapter 8 of Folland, Goodman and Stano (1997). Robert Evans made a number of important early contributions to the literature on SID; see, for example, Evans (1974).

9 It is interesting in this context to consider the case of Japan, where doctors in ambulatory care are not allowed to "follow their patients into the hospital" (that is, once their patients are admitted to hospital, they are treated by other doctors). Perhaps not coincidentally, Japan has one of the lowest rates of hospitalization in the world. On this point, see Phelps (1997), chapter 17. For an interesting discussion of Japan's health care system, see Campbell and Ikegami (1998).

10 For a discussion of the distinction between truly innovative breakthrough drugs, and "me-too" drugs, see Morgan (1997).

11 A number of studies have shown that the retail prices of many brand name drugs are considerably higher in the United States than in Canada (see, for example, Graham (2000)). However, these studies are generally based on retail prices charged in pharmacies, and do not reflect any discounts that managed-care organizations are able to get when they buy drugs directly from manufacturers.

12 On this issue, see the discussion in Morgan (1997) and the studies cited there.

13 A succinct description of the structure of the provincial/territorial plans is available in Palmer D'Angelo (1997). Most provinces also have special provisions for people with particular types of illness; those are not discussed here (for details, see McArthur (1997)).

14 Under a stop-loss provision, a maximum amount is set on the amount that a family or individual may be required to pay under co-insurance provisions during each given time period.

15 National Forum on Health (1997). The Forum's report only sketched the general nature of a plan; the discussion here is based on what the Forum said, but goes beyond the report in some of the details.

16 In the summer of 2000, an article in *The Globe and Mail* described a case in which a legal action was started by a New Brunswick couple seeking reimbursement from the province for expenses associated with their attempts to conceive through in vitro fertilization.

17 Those opposing a mixed system contend that, in practice, the latter premise doesn't hold. Allowing private financing for those who prefer it will, in their view, either raise the cost or reduce the quality of the care offered in the public system. Convincing evidence to support this contention is not readily available. Moreover, although it may be plausible for health services inputs such as hospital facilities and physician services, the specific deliverer of which (hospital or physician) may vary in quality, it is unlikely to be significant for pharmaceuticals.

18 The effect of user fees on pharmaceuticals is qualitatively different than it is on the markets for physician or hospital services, for two reasons. First, as already discussed, the tendency for the cost-reducing effect of user fees to be blunted by supplier-induced demand should be less for pharmaceuticals than in the market for physician services, since doctors' incomes are not enhanced when patients spend more on drugs. Second, in comparison with total hospital expenditures, a relatively larger proportion of the total cost of drugs is accounted for by a large number of individuals who each spend a relatively small amount per year. Thus, charges on all users of drugs can potentially generate a relatively large amount of revenue without significantly reducing the ability of the system to protect the few individuals that face large expenditures from financial hardship.

19 Palmer D'Angelo Consulting (1997), pp. 20–1, provides some estimates of administrative costs for public pharmaceutical insurance, based on surveys of provincial/territorial plans.

20 In the United States, most of those covered by Medicare have so-called Medigap policies that cover the cost of the co-payments required by Medicare. For a theoretical analysis of this issue, see Blomqvist and Johansson (1996).

21 Proposals for a system of income-related user fees integrated into the income tax system date back to at least the mid-1970s. See Reuber (1980).

22 Some European countries (for example, Germany and Holland) allow at least some population groups to opt out of their publicly funded health insurance systems. See, for example, Kirkman-Liff (1994).

23 As noted earlier, each dollar of government revenue is likely to have a true economic cost in excess of one dollar because of the excess burden of taxation.

Santé Canada Health Canada

La série de documents de travail sur les politiques de santé

L'Assurance-médicaments au Canada : Enjeux et options

Documents de travail 01-01
septembre 2001

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé
Santé Canada

Cette publication est disponible sur support informatique, en gros caractères, sur cassette audio et en braille, sur demande.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Santé Canada
Unité de communication de la recherche
sur les politiques
Téléphone : (613) 954-8559
Télécopieur : (613) 954-0813
ou par courriel à : RMDDinfo@hc-sc.gc.ca

La version électronique est disponible à l'adresse suivante :
http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/pnrds/index.html

This document is also available in English under the title:
Pharmacare in Canada: Issues and Options

La reproduction à des fins non commerciales est autorisée à condition que la source soit clairement indiquée.

Les opinion exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues ou les politiques officielles de Santé Canada.

La Série de documents de travail de Santé Canada soutient la prise de décisions éclairées en mettant en évidence la recherche sur les politiques à Santé Canada et en la faisant connaître à un grand nombre d'analystes des politiques et de décideurs de Santé Canada, ainsi qu'aux partenaires du milieu de la recherche à l'extérieur du Ministère. La Série s'inscrit dans un vaste programme de communication de la recherche sur les politiques, qui comprend le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le
ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001
N° de Cat. H13-5/01-1F
ISBN 0-662-86220-1

L'assurance-médicaments au Canada : Enjeux et options

Åke Blomqvist
Université Western Ontario

Jing Xu
Ministère des Finances Canada

Biographie des auteurs

Monsieur Åke Blomqvist a fait ses études universitaires en Suède et a obtenu un doctorat de l'Université de Princeton, aux États-Unis, en 1971. Depuis 1968, il enseigne au département d'économie de l'Université Western Ontario. Dans le domaine de l'économie de la santé, il a publié *The Health Care Business* (1979), *Swedish Health Care in International Perspective* (1990) et *Limits to Care: Reforming Canada's Health System in an Age of Restraint* (publié chez David Brown en 1994), de même qu'un certain nombre d'articles dans des revues comme le *Journal of Health Economics*, le *Journal of Public Economics* et *Pharmacoeconomics*. Durant l'année scolaire 2000-2001, il était universitaire invité à la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse de la Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité de Santé Canada.

Madame Jing Xu a fait son doctorat en économie à l'Université Western Ontario avant d'amorcer sa carrière au ministère des Finances du Canada, où elle a effectué des recherches dans divers domaines, dont la croissance endogène, les politiques fiscales et les soins de santé. Elle est l'auteure de deux documents de travail du Ministère, intitulés *The Dynamic Effects of Taxes and Government Spending in a Calibrated Canadian Endogenous Growth Model* (1997) et *Taxation and Economic Performance: A Cross-Country Comparison and Model Sensitivity Analysis* (1999). Elle a ensuite travaillé comme analyste principale des politiques à Santé Canada de juillet 1999 à novembre 2000, se penchant sur diverses questions entourant les soins de santé. Elle fait partie d'une équipe canadienne d'étude des soins de santé qui s'est rendue au Royaume-Uni. Elle est actuellement économiste principale au ministère des Finances.

Abstract

Canada's publicly funded universal health insurance system does not cover the cost of outpatient pharmaceuticals. As the cost of prescription drugs may be quite large for patients with certain kinds of serious illness, private group insurance to cover such costs is becoming increasingly common. This paper, commissioned by Health Canada in December 2000, reviews the weaknesses of private insurance as a response to escalating drug costs, and outlines the case for extending the universal publicly funded health insurance (as defined by the *Canada Health Act*) to cover prescription drugs. It discusses various options for containing the cost to the public sector of doing so, including patient cost sharing, formularies and generic substitution rules, and argues that there is a stronger case in favour of demand-side cost sharing for drugs than for physician services and hospital care. It describes existing provincial/territorial pharmacare plans and compares them with the pharmacare system proposed by the National Forum on Health (NFH). In contrast to the NFH proposal, this paper suggests that some degree of patient cost sharing would be desirable in the case of drugs, and also that a system with provisions for opting out (allowing citizens to substitute private insurance for the public plan) should be given serious consideration.

Résumé

Le régime canadien universel d'assurance-maladie financé par l'État ne couvre pas les produits pharmaceutiques que doivent se procurer les malades non hospitalisés. Les coûts associés aux médicaments d'ordonnance peuvent être très élevés pour les personnes atteintes de certaines maladies graves, et il est de plus en plus fréquent de souscrire une assurance collective privée pour couvrir ces coûts. Le présent rapport, commandé par Santé Canada en décembre 2000, examine les faiblesses de l'assurance privée comme solution à l'augmentation croissante des coûts des médicaments et présente les avantages que comporterait l'élargissement du régime public d'assurance universelle (tel que défini par la *Loi canadienne sur la santé*) pour qu'il couvre les médicaments d'ordonnance. Le rapport traite de diverses options visant à contrôler les coûts pour le secteur public, y compris le partage des coûts avec les patients, des formulaires et listes de médicaments, et des règles de substitution des médicaments brevetés par des médicaments génériques. Il souligne que le partage des coûts liés à la demande est plus viable dans le cas des médicaments que dans celui des services médicaux ou des soins hospitaliers. Il contient une description des régimes provinciaux d'assurance-médicaments, et une comparaison entre ces régimes et le système d'assurance-médicaments proposé par le Forum national sur la santé (FNS). Cependant, contrairement au FNS, les auteurs du rapport laissent entendre qu'un certain degré de partage des coûts serait désirable en ce qui concerne les médicaments et qu'il serait important de prendre en considération la possibilité que le système comprenne des dispositions de retrait (permettant aux citoyens de remplacer le régime public par un régime privé).

Table des matières

Introduction 1
Contexte statistique 2

Payer pour les médicaments : le rôle du secteur public 3
Les avantages de l'assurance 3
Problèmes liés à l'assurance privée : écrémage et antisélection 3

Payer pour les médicaments : la limitation des coûts 5
Assurances, risque moral et ticket modérateur 5
Information asymétrique, demande induite par le fournisseur et utilisation des médicaments 6
Substitutions entre éléments 8
Limiter les coûts des produits pharmaceutiques en soins gérés : le rôle des formulaires 9
La répartition des coûts et le rôle des pharmaciens 11

Régimes provinciaux d'assurance-médicaments 13
Formulaires et restrictions du remboursement 14

Un programme fédéral en matière d'assurance-médicaments : la proposition du FNS . . 16
Cas particuliers : médicaments dans les hôpitaux, formulaires et substitution de médicaments génériques 17

Autres modèles d'assurance-médicaments 20
Régimes universels prévoyant une participation aux coûts 20
Régimes avec options de non-participation 22

Conclusion 25

Bibliographie 26

Renvois 28

Introduction

Le régime public d'assurance-maladie en vigueur au Canada couvre la presque totalité des services médicaux et des services dispensés dans les hôpitaux de soins actifs. À l'opposé, plus de 60 p. 100 des produits pharmaceutiques sont payés directement par les patients ou des régimes d'assurances non gouvernementaux. Cette réalité, jumelée à la proportion des dépenses totales au chapitre de la santé que représentent les coûts liés aux médicaments, a contribué à faire passer à moins de 70 p. 100 la part des dépenses en matière de santé qu'assume le secteur public, un pourcentage peu élevé d'après les normes internationales. En partie pour réagir à cette tendance, de nombreux intervenants se sont exprimés en faveur d'une plus grande participation du secteur public au remboursement des médicaments. Dans son rapport final publié en 1997, le Forum national sur la santé proposait plus particulièrement une restructuration en profondeur du système en place, prônant la mise sur pied d'un vaste programme fédéral d'intégration des produits pharmaceutiques au régime qui couvre actuellement les services médicaux et hospitaliers.

Le présent rapport, commandé par Santé Canada en décembre 2000, traite de diverses possibilités entourant la mise sur pied éventuelle d'un programme fédéral dans le secteur de l'assurance-médicaments[1]. Son objectif actuel n'est pas de recommander une nouvelle politique ou un nouveau régime en particulier, mais plutôt de proposer diverses options et de déterminer les secteurs pour lesquels il serait utile d'effectuer davantage de recherches comme fondement à l'élaboration future d'une politique.

Le rapport est divisé en six parties. La première consiste en un bref survol du contexte statistique. La deuxième expose les principaux arguments en faveur de l'inclusion des produits pharmaceutiques à la couverture du régime canadien d'assurance-maladie financé par l'État. La troisième examine certains facteurs liés à la limitation des coûts et à l'utilisation efficace des médicaments, qui devraient être pris en considération au moment de concevoir les régimes publics d'assurance-médicaments. Elle porte également sur la distribution des médicaments et le rôle des pharmaciens à ce chapitre. La quatrième partie renferme une brève description des régimes publics d'assurance-médicaments déjà en vigueur dans les provinces et les territoires du Canada, ainsi que de leurs outils de promotion d'une utilisation rentable des médicaments. Les deux dernières parties exposent les diverses façons possibles d'élargir la couverture publique, en commençant par la proposition détaillée présentée par le Forum national sur la santé.

Contexte statistique

Au cours des dernières décennies, les produits pharmaceutiques en sont venus à exercer une influence de plus en plus grande sur le coût et l'efficacité du système de santé canadien. Le nombre de produits pharmaceutiques disponibles a énormément augmenté : en 1997, on retrouvait plus de 5 000 médicaments d'ordonnance sur le marché canadien. En outre, il y a de plus en plus de nouveaux médicaments qui sont utilisés à des fins préventives ou comme solutions de rechange rentables et moins invasives à l'hospitalisation et à la chirurgie[2]. Cependant, la disponibilité accrue de produits pharmaceutiques a également fait grimper les dépenses générales au chapitre des médicaments. Depuis le début des années 80, ces dépenses ont enregistré la croissance la plus rapide, soit une moyenne de 10 p. 100 par année, de toutes les dépenses dans le secteur de la santé. Par rapport au total des dépenses de santé, elles se sont accrues de façon constante, passant de 9,9 p. 100 en 1982 à 15,6 p. 100 en 1998. Dans l'ensemble, le Canada dépense maintenant plus pour les médicaments que pour les services médicaux. Les dépenses au chapitre des médicaments sont les plus élevées après celles associées au coût des hôpitaux de soins actifs.

L'élément le plus important de ces dépenses à la hausse est le coût des médicaments d'ordonnance, qui représente à l'heure actuelle les trois quarts environ des dépenses totales au chapitre des médicaments. En 1997, les dépenses liées aux médicaments d'ordonnance se sont chiffrées à 8,9 milliards de dollars, ou 296 $ par personne. La part assumée par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments, les hôpitaux et les établissements représente 50 p. 100 de ces 8,9 milliards de dollars. Le secteur privé paie l'autre moitié des médicaments prescrits (c.-à-d. 4,45 milliards de dollars). De ce montant, les dépenses des particuliers s'élèvent à 1,87 milliard de dollars (42 p. 100 des 4,45 milliards) et le reste (soit 2,58 milliards, ou 58 p. 100) est pris en charge par des régimes privés.

Les dépenses totales au chapitre des médicaments n'incluent pas que les médicaments d'ordonnance, mais aussi les médicaments en vente libre et les « produits d'hygiène personnelle ». Presque toutes les dépenses engagées à ce chapitre sont effectuées dans le secteur privé. Par conséquent, elles représentent une part plus élevée du *total* des dépenses au chapitre des médicaments que les médicaments d'ordonnance. En 1997, on a estimé à 37 p. 100 et 63 p. 100 respectivement la part publique et la part privée du total des dépenses liées aux médicaments.

Payer pour les médicaments : le rôle du secteur public

Les avantages de l'assurance

Dans tous les pays industrialisés, une large part des dépenses totales au chapitre de la santé est payée par un régime d'assurances. En règle générale, il y a de bonnes raisons à cela. Les maladies graves et coûteuses étant relativement rares, la répartition des dépenses de santé des particuliers et des familles est très asymétrique, puisqu'un petit nombre de cas représente une part importante du total des dépenses au cours d'une année donnée. Qui plus est, bien qu'il soit possible de prédire de façon assez précise le nombre d'épisodes coûteux qui surviendront au sein d'une vaste population, la maladie frappe au hasard et on ne peut donc pas dire à l'avance quelles familles seront touchées.

En pareille situation, un système de partage des risques, en vertu duquel chacun verse une prime régulière et la minorité qui subit une perte reçoit un montant compensatoire, procure des avantages économiques substantiels. Pour l'ensemble du groupe, le fait de protéger contre les pertes considérables ceux qui sont atteints d'une maladie occasionnant des frais élevés s'avère plus profitable que le coût des primes individuelles.

L'assurance peut provenir du secteur public, ou encore de régimes privés concurrents. Cependant, dans tous les pays industrialisés à l'exception des États-Unis, une assurance couvrant la plupart des services hospitaliers et médicaux est offerte, de façon explicite ou implicite, par l'entremise de régimes publics[3]. Au Canada, bien entendu, l'assurance publique paie la totalité des services couverts des médecins et des hôpitaux de soins actifs.

Le principal argument avancé en faveur de l'assurance publique plutôt que privée est fondé sur la croyance selon laquelle un système d'assurance privée concurrentiel risque de donner des résultats qui ne soient ni équitables ni particulièrement efficaces. L'un des grands inconvénients d'un régime privé est qu'il est susceptible d'engendrer des frais élevés de commercialisation et d'administration. On estime, par exemple, que ces coûts représentent jusqu'à 30 p. 100 du coût total des dépenses de santé aux États-Unis. Ce pourcentage est de beaucoup inférieur au Canada (Danzon, 1992). Cela dit, le recours aux régimes privés entraîne d'autres problèmes plus fondamentaux.

Problèmes liés à l'assurance privée : écrémage et antisélection

L'un des grands problèmes associés à l'assurance privée réside dans le fait que les probabilités de contracter une maladie grave varient d'une personne à l'autre. Il s'avère donc avantageux pour les assureurs de cerner les personnes à faibles risques étant donné qu'en moyenne, le coût des soins de santé de ces personnes sera inférieur à celui de celles qui sont davantage vulnérables à la maladie. Si les personnes à faibles risques paient les mêmes primes que celles à risques élevés, elles permettront aux assureurs de réaliser des profits plus considérables. Dans les documents, on désigne souvent sous le nom d'*écrémage* les tentatives des assureurs en vue d'attirer des clients à faibles risques (ou, à l'inverse, en vue de décourager

les personnes à risques élevés de souscrire). Par ailleurs, s'il y a concurrence au chapitre de l'assurance, les personnes considérées les moins à risque se verront offrir de l'assurance à un coût moins élevé. De ce fait, les primes des clients à risques élevés augmenteront.

Le concept selon lequel certaines personnes devraient être tenues de payer des primes plus élevées parce qu'elles courent de plus grands risques va à l'encontre des notions courantes d'équité et de justice, du moins dans les cas où les différents degrés de risque sont attribuables à des facteurs, comme la génétique, qui échappent au contrôle de l'individu. En outre, l'écrémage peut être perçu comme une forme d'« échec du marché » étant donné que du point de vue de la société, les ressources investies par les assureurs dans la détermination de la clientèle à faibles risques sont perdues.

Un autre problème que pourraient poser les différences sur le plan du risque de maladie est l'*antisélection*. Ce problème survient lorsque les différences sont difficiles à cerner avec certitude par les assureurs, mais sont connues des personnes en cause. Si, en pareille situation, tous paient les mêmes primes pour un régime d'assurance donné, mais ont le choix d'y souscrire ou non ou ont le choix entre des régimes leur offrant une couverture plus ou moins complète, les personnes à faibles risques seront plus portées à ne pas s'assurer ou à choisir un régime à couverture restreinte. Mais en ce cas, les assureurs devront augmenter les primes de ceux qui choisiront de s'assurer ou qui opteront pour un régime offrant une couverture plus complète, puisque ces personnes font partie de groupes à risques élevés qu'il leur coûte plus cher de protéger. Une telle situation, qui peut elle aussi compromettre le bien-être des gens et le principe selon lequel les personnes à risques élevés devraient payer davantage malgré qu'elles ne soient pas responsables de leur état, serait jugée inéquitable par la majorité.

Dans une certaine mesure, l'*assurance collective* peut permettre d'éviter les problèmes d'écrémage et d'antisélection; l'entreprise ou l'organisme négocie une assurance pour *tous* ses employés ou ses membres. En fait, la plupart des Canadiens qui possèdent, par exemple, une assurance dentaire ou une assurance-médicaments privée en bénéficient dans le cadre d'un régime collectif. Pour les travailleurs autonomes ou les personnes qui ne travaillent pas, une telle protection peut cependant coûter très cher, si elle est disponible. On peut présumer que c'est pour cette raison que toutes les provinces possèdent des régimes publics d'assurance-médicaments pour couvrir certaines sous-populations, comme les aînés et les bénéficiaires de l'aide sociale. La quatrième partie du rapport traite plus longuement de cette question. Un nombre considérable de Canadiens demeurent toutefois sans protection, et le principal argument en faveur d'une forme quelconque d'assurance-médicaments universelle est d'assurer une couverture pour tous.

Payer pour les médicaments : la limitation des coûts

Assurances, risque moral et ticket modérateur

Mis à part quelques exceptions, comme le Canada et le Royaume-Uni, la plupart des pays exigent que les patients payent une partie des services de santé couverts par le régime d'assurance public. Au Canada, contrairement à ce qui se fait ailleurs, les services médicaux et hospitaliers, et les médicaments dispensés par les hôpitaux, sont sans frais. La plupart des patients paient toutefois au moins une partie des médicaments qu'ils prennent hors des hôpitaux, bien que cette participation au coût diffère selon qu'ils aient ou non une assurance et, s'ils sont assurés, selon qu'il s'agit d'un régime provincial ou d'un régime privé. Ce sont, notamment, ceux qui croient qu'aucun service de santé ne devrait occasionner de coûts directs aux particuliers qui appuient l'adoption d'un régime universel d'assurance-médicaments financé par l'État.

En économie de la santé, la question du partage des coûts avec le patient est souvent liée à un autre type d'imperfection de l'assurance privée. L'argument est le suivant : si l'assurance-maladie paie les soins de santé d'une personne malade, cela équivaut à ime subvention pour l'utilisation des soins de santé. Mais, selon l'analyse microéconomique courante, pareille subvention entraînera l'utilisation inefficace d'une gamme variée de soins par les consommateurs, ce qui occasionnera une perte de bien-être au sein de l'économie. Dans le contexte de l'assurance-maladie, cet effet s'appelle le *risque moral*[4].

Dans les régimes d'assurance privée, la façon la plus courante de contrer le problème du risque moral consiste à faire participer le patient aux coûts dans une certaine mesure, par le biais de franchises ou de modalités de coassurance. Étant donné que l'argument du risque moral s'applique aussi bien aux régimes publics qu'aux régimes privés d'assurance-maladie, certains économistes prônent le partage des frais pour les patients des régimes publics également. Qui plus est, le ticket modérateur dans un régime financé par l'État présente aussi l'avantage de diminuer les dépenses publiques nécessaires. Il s'agit là d'un facteur important puisque des niveaux élevés de taxation rendent les recettes gouvernementales coûteuses : à la marge, le coût réel du financement d'un dollar de dépenses gouvernementales par l'économie peut se chiffrer entre 1,40 $ et 1,60 $[5].

Les partisans de la gratuité des services invoquent plusieurs arguments contraires. D'abord, ils soulignent que tout système de participation aux frais occasionnerait des coûts d'administration considérables, qu'il faudrait mesurer tout gain en termes de la baisse de la surutilisation ou de la diminution des crédits gouvernementaux requis. Deuxièmement, ils soutiennent que dans le cas de services de santé tels les visites chez le médecin ou les séjours à l'hôpital, la tendance à la surutilisation ne serait pas beaucoup plus forte en l'absence d'un ticket modérateur étant donné que les deux types de services supposent des coûts d'opportunité en termes de temps et de déplacement du patient. Troisièmement, ils font remarquer qu'étant donné que les services de santé sont le plus souvent utilisés sur les conseils du médecin, le fait de soumettre les *patients* à des incitatifs dans le but de réduire l'utilisation a peu de chances d'être

efficace si les médecins continuent de recommander le même schème d'utilisation[6]. Quatrièmement, ils présentent des données empiriques probantes qui démontrent que l'imposition d'un ticket modérateur restreint dans le secteur de la santé crée en général un fardeau plus grand pour les personnes à faible revenu que pour les autres, de sorte qu'elle constitue indirectement une redistribution du revenu réel des pauvres vers les riches.

Dans le présent rapport, nous partirons du principe qu'aucun ticket modérateur ne sera imposé, dans un avenir prévisible, pour l'utilisation des services médicaux et hospitaliers. Compte tenu de cela, on peut soulever en guise d'argument qu'une telle participation aux frais devrait également être abolie dans le cas des médicaments obtenus en dehors des hôpitaux, puisque dans le cas contraire, les patients ont plus tendance à remplacer des médicaments qui ne sont pas pleinement subventionnés par des services (médicaux et hospitaliers) qui le sont. Comme nous le soulignons toutefois plus bas, la substitution entre les médicaments, d'une part, et les autres éléments de la production de la santé, d'autre part, est susceptible d'intervenir dans une moindre mesure au chapitre de la *nature interchangeable des différents types de médicaments étroitement reliés.* Alors qu'un régime d'assurance-médicaments au sein duquel les médicaments seraient gratuits éliminerait l'incitation des personnes non assurées ou partiellement assurées à avoir recours aux services médicaux et hospitaliers plutôt qu'à des médicaments, il éliminerait aussi l'incitation à faire un choix rentable entre médicaments interchangeables. Pour cette raison, nous ne croyons pas que l'examen d'un programme national d'assurance-médicaments devrait se limiter à des régimes ne comportant aucun ticket modérateur et nous discuterons plus loin dans le rapport de variantes prévoyant de tels frais.

Information asymétrique, demande induite par le fournisseur et utilisation des médicaments

On peut dire que l'activité fondamentale du secteur de la santé est celle qui consiste à améliorer la santé des consommateurs. Cette activité fait appel à une combinaison de différents éléments, notamment les services médicaux, les services hospitaliers et les produits pharmaceutiques. Un système de santé qui fonctionne bien doit veiller à ce que les différents éléments de la production de la santé soient combinés le plus efficacement possible. C'est donc dire que peu importe le niveau visé de santé de la population, il faut y parvenir en gardant le coût des ressources au minimum.

La résolution de ce problème se trouve compliquée par l'asymétrie de l'information dont disposent les acheteurs et les fournisseurs de soins de santé. Bien qu'étant les ultimes bénéficiaires, la plupart des consommateurs aux prises avec des problèmes de santé n'ont pas accès à l'information médicale spécialisée dont ils ont besoin pour prendre des décisions d'achat éclairées. Par conséquent, ils doivent se fier à l'information qui leur est fournie par les fournisseurs ou par les médecins[7].

Le problème que pose l'information asymétrique a été étudié en profondeur dans les ouvrages sur le marché des services médicaux, dans le cadre duquel le médecin est à la fois la source d'information et le fournisseur. De nombreux auteurs ont examiné plus particulièrement le concept de la demande induite par le fournisseur (DIF), qui renvoie à la possibilité que les médecins profitent de leur avantage sur les patients pour les inciter à faire plus souvent appel aux services médicaux qu'ils ne le feraient s'ils étaient mieux informés.

Il est facile de voir que la DIF peut entraîner une surutilisation des services médicaux si cela va dans l'intérêt des médecins. En outre, les pertes d'efficacité qu'elle peut entraîner s'ajoutent à celles découlant de la surutilisation des services médicaux attribuable au problème du risque moral. Comme l'indique clairement la documentation, un système fondé sur la rémunération à l'acte des médecins (qui favorise la DIF) et la protection des consommateurs en vertu d'assurance conventionnelle risque de s'avérer très coûteux[8].

La plupart des documents sur l'information asymétrique en soins de santé ont mis l'accent sur le marché des services médicaux. Il existe toutefois des problèmes sur les marchés d'autres services de santé, notamment les services hospitaliers et les produits pharmaceutiques. Comme dans le cas des services médicaux, il est clair qu'il manque à l'utilisateur l'information spécialisée nécessaire pour décider à quel moment il devrait se faire traiter à l'hôpital ou quels médicaments il devrait prendre pour traiter un problème de santé donné.

L'une des grandes différences entre les services médicaux et les autres éléments est que, dans ce dernier cas, les consommateurs ne se fient pas directement aux fournisseurs (les hôpitaux ou les fabricants de médicaments) pour obtenir l'information dont ils ont besoin; le plus souvent, ils se fient à leur médecin. Le problème de la DIF ne revêt donc pas la même forme. Mentionnons plus précisément que les médecins rémunérés à l'acte ne retirent pas d'avantage économique direct du fait d'inciter leurs patients à avoir plus souvent recours aux hôpitaux ou aux médicaments, puisque les paiements vont à quelqu'un d'autre[9]. Dans la mesure où cette différence est importante, les pertes d'efficience associées à l'information asymétrique devraient être moins considérables dans le cas de ces éléments que dans celui des services médicaux.

Pour les consommateurs assurés, l'effet du risque moral (c'est-à-dire l'incitation à surutiliser les ressources en santé) est le même, au plan qualitatif, dans le cas des services hospitaliers et des médicaments que dans celui des services médicaux. On peut toutefois invoquer comme argument que les possibilités de réduire la tendance à la surutilisation en imposant un ticket modérateur devraient être meilleures dans les deux premiers cas que dans le dernier. Cet argument s'appuie sur le raisonnement que nous venons d'exposer : pour les éléments autres que les services médicaux, l'utilisation réduite à la suite de l'imposition d'un ticket modérateur n'a aucune incidence directe sur les revenus des médecins. Ainsi, un médecin qui se préoccupe autant du bien-être de ses patients que de son propre revenu est plus susceptible, en présence d'un ticket modérateur, de recommander une baisse de l'utilisation des services non médicaux plutôt que des visites médicales.

Substitutions entre éléments

Le fait de changer les incitatifs destinés aux patients et aux médecins peut influencer l'utilisation des produits pharmaceutiques pour deux raisons. D'abord, cela peut entraîner la substitution des produits pharmaceutiques à d'autre services de santé comme la chirurgie et les services hospitaliers. Ensuite, une réduction du prix en vigueur peut mener à des substitutions entre différents *types* de produits pharmaceutiques lorsque les médecins et leurs patients peuvent choisir des médicaments similaires mais moins coûteux pour traiter un état pathologique donné.

Le premier type de substitution est important en principe et, par le passé, les percées technologiques ont parfois modifié considérablement l'utilisation des ressources lorsque de nouveaux médicaments ont permis d'éviter des chirurgies (dans le cas, par exemple, du traitement des ulcères d'estomac) ou le placement en établissement (dans le cas, par exemple, du traitement de bon nombre de maladies mentales). De toute évidence, il est souhaitable d'encourager ce type de substitution, particulièrement s'il réduit le coût des soins de santé, et le fait de subventionner l'utilisation de tels médicaments au moyen d'une assurance fait partie des arguments en faveur d'un régime d'assurance-médicaments dont le ticket modérateur est peu élevé.

Dans le système canadien actuel, les patients ne paient rien pour les médicaments qu'on leur administre lorsqu'ils sont hospitalisés, mais la plupart d'entre eux doivent assumer la totalité ou une partie du coût des médicaments qu'ils prennent hors de l'hôpital. Indirectement, cela peut mener à une forme de substitution entre éléments puisque cela incite les patients à rester à l'hôpital plus longtemps s'ils ont besoin d'une pharmacothérapie prolongée. Ce facteur constitue un autre argument en faveur d'un régime d'assurance-médicaments dans le cadre duquel la participation du patient aux frais est minime ou nulle.

En ce qui a trait à la substitution entre différents *types* de médicaments, il importe en premier lieu de reconnaître la nature de la concurrence qui règne sur le marché des produits pharmaceutiques et la façon dont elle dépend de la loi sur les brevets d'un pays. En règle générale, on délivre des brevets non seulement pour les médicaments innovateurs permettant de soulager des états jusque-là incurables ou qui produisent des résultats nettement supérieurs à ceux des médicaments ou des thérapies disponibles, mais aussi pour les produits dits d'« imitation », qui diffèrent des précédents par leur composition chimique ou leur mode d'administration mais qui ont des effets thérapeutiques similaires sur la plupart des patients. Lorsqu'une société commercialise avec succès un nouveau médicament rentable, les autres s'efforcent rapidement de concevoir leur propre version très similaire mais légèrement améliorée afin d'obtenir une part du marché. Le plus souvent, la concurrence entre des médicaments de groupes similaires sur le plan thérapeutique ne repose pas sur le prix mais sur l'efficacité des campagnes de marketing menées auprès des patients aussi bien que des professionnels de la santé, campagnes qui mettent l'accent sur les présumés avantages de la nouvelle version, tels des effets secondaires légèrement différents, les côtés pratiques de l'administration ou de petites différences sur le plan de l'efficacité pour certains groupes particuliers de patients. Souvent, les versions nouvelles et améliorées se vendent en fait plus cher que le médicament de référence[10]. Lorsqu'un certain type de médicament est sur le marché depuis assez longtemps pour que les

brevets d'une ou de plusieurs de ses versions soient expirés, les compagnies autres que celle qui détient le brevet original sont autorisées à produire des copies génériques et à les vendre sous un nom différent pour faire concurrence aux versions de marque déposée.

À l'intérieur d'une telle structure de marché, les médecins doivent souvent choisir entre plusieurs médicaments ayant des propriétés légèrement différentes mais des effets thérapeutiques similaires chez la plupart des patients et qui se vendent à des prix très différents. En pareil cas, si le patient possède une couverture d'assurance complète, ni le médecin ni le patient n'ont de raison de se préoccuper du prix. Du point de vue du patient, le médicament privilégié est toujours le meilleur (le plus récent), même s'il ne présente qu'un avantage minime par rapport aux précédents, et ce, peu importe le prix.

Étant donné que le marché des produits pharmaceutiques fonctionne de cette façon, un régime d'assurance au sein duquel les patients jouissent d'une couverture complète pour tous les médicaments et où les médecins sont libres de prescrire des médicaments sans restriction est susceptible de coûter très cher. L'une des façons évidentes de réagir à cela est d'appliquer une quelconque forme de partage des coûts (ticket modérateur) qui incite le patient à porter attention au prix. Même si les patients se fient aux prescriptions de leur médecin, le fait qu'ils aient des intérêts financiers dans le choix du médicament peut, indirectement, inciter les médecins à tenir compte au moins *un peu* du prix au moment d'établir l'ordonnance.

Il existe des données empiriques probantes sur l'efficacité qu'a la participation aux coûts sur l'utilisation des médicaments par le patient. L'étude Rand sur l'assurance-maladie (Rand Health Insurance Study) a révélé que l'élasticité des dépenses au chapitre des médicaments en termes de partage des coûts avec le patient se rapprochait de l'élasticité correspondante pour tous les types d'utilisation de services de santé, soit de l'ordre de -0,1 à -0,3 (Newhouse et coll., 1993). Motheral et Henderson (1999) ont eux aussi étudié les effets du versement de quotes-parts différentielles pour les médicaments génériques et de marque comme moyen de contenir les coûts. Leurs travaux ont révélé que la substitution de médicaments génériques aux produits de marque pouvait produire des économies considérables lorsque l'on haussait la quote-part à verser pour ces derniers.

Limiter les coûts des produits pharmaceutiques en soins gérés : le rôle des formulaires

Le manque d'incitatifs financiers pour les patients qui jouissent d'une assurance conventionnelle complète et pour leurs médecins fera augmenter, indirectement, les primes des assurances. Au sein d'un marché concurrentiel, les assureurs pourront tenter de contrer cette tendance en offrant d'autres types de polices qui incitent à porter une certaine attention au coût. Comme nous l'avons souligné précédemment, cela peut se faire grâce à un partage des coûts axé sur la demande — c'est-à-dire en demandant aux patients de payer au moins une partie du coût de leurs produits pharmaceutiques (et des soins de santé) sous forme de quotes-parts, de modalités de coassurance et de franchises. (Lorsqu'il y a franchise, le patient paie la totalité du coût jusqu'à concurrence d'un maximum préétabli. La coassurance renvoie en général à des dispositions selon lesquelles le patient doit payer une *part* fixe du coût. Quant à l'expression

« quote-part », elle est parfois utilisée comme synonyme de coassurance, mais elle désigne le plus souvent un montant fixe que doit payer le patient; nous respectons cette convention.) En revanche, les assureurs peuvent tenter de réduire les coûts en instituant des régimes de soins gérés dans lesquels la couverture assurée aux consommateurs se limite au coût des services rendus par les fournisseurs ayant consenti à se plier à certaines conditions imposées par l'assureur. Ces conditions peuvent inclure des incitatifs dits « axés sur l'offre », selon lesquels l'encouragement à adopter des stratégies de traitement attentives aux coûts est axé sur le médecin ou l'hôpital plutôt que sur le patient. Aux États-Unis, divers types de régimes de soins gérés ont remplacé récemment l'assurance conventionnelle à un rythme tellement rapide que certains parlent d'une révolution dans le système de santé.

L'arrivée des soins gérés et des incitatifs axés sur l'offre a profondément touché le marché américain des produits pharmaceutiques, étant donné que les assureurs ont demandé aux médecins de se reporter à des listes de médicaments couverts (appelées *formularies*, ou formulaires) pour établir leurs ordonnances, ou bien ont appliqué une quelconque forme de paiement préétabli afin de couvrir le coût des produits pharmaceutiques. (Selon le paiement préétabli, un hôpital ou un cabinet collectif reçoit un montant fixe couvrant ce qu'il en coûte pour traiter des patients ou des groupes de patients donnés; ce montant peut inclure le coût des médicaments administrés.) Hors de tout doute, ces modalités contractuelles ont beaucoup accru la mesure dans laquelle les substituts génériques font concurrence aux médicaments de marque, et on croit aussi qu'elles ont accentué l'importance du prix en tant que déterminant de la demande lorsque des fabricants présentent des médicaments brevetés qui sont de proches substituts de médicaments de marque existants[11].

Bien que les soins gérés et les incitatifs axés sur l'offre soient nés aux États-Unis, ils ont pris de l'importance au Canada également. Comme nous l'avons mentionné précédemment, dans le cadre de notre système de financement des hôpitaux, les médicaments administrés aux patients hospitalisés sont payés à même le budget de l'hôpital. Cela équivaut à une forme de partage des coûts axée sur l'offre et a incité les hôpitaux à être attentifs aux coûts.

L'utilisation des médicaments dans la plupart des hôpitaux canadiens est maintenant régie par des formulaires qui énoncent certaines règles influençant le choix des médicaments que recevront les malades hospitalisés. Ces formulaires sont en général établis par le personnel médical de l'hôpital, avec l'aide du pharmacien, en gardant à l'esprit que le budget dont dispose l'hôpital pour les médicaments est restreint. De même (comme nous le soulignons plus bas), les régimes provinciaux d'assurance-médicaments qui couvrent des groupes démographiques précis utilisent divers types de listes et de formulaires dans le but de contenir les coûts. Certains assureurs privés offrant des régimes collectifs d'assurance-médicaments sont passés à une forme de soins gérés en orientant leurs bénéficiaires vers des pharmacies ayant accepté des frais d'exécution d'ordonnances négociés. Les bénéficiaires demeurent libres de faire affaire avec une pharmacie non participante, mais ils doivent alors payer de leur poche la différence entre les frais maximums et les frais imputés. Dans le jargon américain, on dit parfois que les pharmacies participantes forment un réseau de fournisseurs privilégiés.

La répartition des coûts et le rôle des pharmaciens

Le coût total des médicaments pour les patients et les assureurs inclut les paiements effectués aux grossistes et aux détaillants qui en assurent la distribution. Les éléments principaux du coût de distribution sont la marge de détail et les frais d'exécution d'ordonnances exigés par les pharmaciens.

Historiquement, les pharmaciens ont produit bien des types de médicaments en combinant des ingrédients de base. De toute évidence, cette tâche nécessitait généralement beaucoup de soin et des compétences certaines, et les gouvernements en sont venus à réglementer graduellement la profession pour s'assurer que quiconque s'en acquittait était adéquatement formé pour le faire. Bien que les fabricants aient pris en charge presque entièrement la production des médicaments finis, seuls les pharmaciens — professionnels qualifiés possédant une vaste expérience des propriétés et des effets des médicaments — peuvent encore assurer légalement la vente au détail des produits pharmaceutiques. Au sein du système actuel, on peut considérer cette expertise comme un complément de celle du médecin qui établit l'ordonnance. Le rôle du pharmacien consiste à dispenser des conseils supplémentaires aux patients au sujet de l'utilisation des médicaments d'ordonnance et à leur donner en quelque sorte une seconde opinion qui leur confirme que les médicaments prescrits leur conviennent. Le pharmacien est rémunéré pour ce service grâce à la combinaison de la marge de détail sur les médicaments écoulés et aux frais d'exécution des ordonnances. Ces deux éléments forment une part importante du coût total des médicaments.

Depuis longtemps, la question de savoir si ce système est efficace ou inutilement coûteux soulève des controverses. Malgré le fait qu'une seconde opinion puisse en principe s'avérer utile, il semble bien qu'en réalité, il soit rare que les pharmaciens décèlent des ordonnances inappropriées, ce qui jette le doute sur la rentabilité de cette démarche[12].

Une autre des raisons pour lesquelles l'actuel système de distribution est peut-être inutilement coûteux est qu'au moment de faire remplir une ordonnance, la plupart des patients ne semblent pas comparer les prix des fournisseurs. Le cas échéant, les détaillants ne sont pas très motivés à se faire concurrence en réduisant la marge de détail ou les frais d'exécution des ordonnances. Comme auparavant, cette tendance est renforcée dans la mesure où beaucoup d'acheteurs sont couverts par une assurance conventionnelle qui paie la totalité du coût de leurs médicaments prescrits. Si l'on considère la vente au détail de médicaments comme une industrie concurrentielle monopolisatrice, le résultat d'une concurrence assez faible dans les prix a tendance à donner un système au sein duquel la qualité du service est trop élevée et où l'on observe une tendance à la surcapacité.

La nature de la concurrence entre les pharmacies de détail subit également l'influence de la réglementation gouvernementale et des pratiques professionnelles. Peut-être en reconnaissance des faibles incitations à la concurrence dans les prix, bon nombre de provinces réglementent les majorations que peuvent appliquer les pharmacies au coût de l'ingrédient (c'est-à-dire à ce qu'elles ont payé pour les médicaments qu'elles distribuent). Comme dans d'autres professions, les associations de pharmaciens encouragent leurs membres à respecter divers codes de conduite professionnelle. Elles suggèrent notamment que les pharmacies s'abstiennent d'annoncer haut et fort leurs frais d'exécution des ordonnances (même si les lois provinciales les obligent, dans certains cas, à les afficher en magasin).

Comme auparavant, les assureurs offrant des régimes incluant le coût de distribution des médicaments peuvent tenter de réduire la marge de distribution au moyen de mesures axées sur la demande ou sur l'offre. Du côté de la demande, il existe des politiques en vertu desquelles le consommateur est responsable de la totalité des frais d'exécution d'ordonnanceset est donc, en principe, encouragé à chercher des pharmaciens dont les frais d'exécution sont peu élevés. Comme ailleurs dans le secteur de la santé, toutefois, les assureurs se sont récemment efforcés plus activement de contrôler les coûts en négociant directement avec les fournisseurs de services, non seulement aux États-Unis mais au Canada également. Comme nous l'avons déjà souligné, certains régimes privés d'assurance-médicaments possèdent, par exemple, une liste de pharmaciens avec lesquels ils négocient des frais spéciaux d'exécution des ordonnances de leurs clients, et les régimes provinciaux limitent en général les frais d'exécution d'ordonnances autorisés. La tendance à l'achat de médicaments par correspondance démontre elle aussi qu'il est possible de fournir des médicaments à un coût moindre que dans le système actuel.

L'une des approches les plus controversées vis-à-vis de la limitation des coûts des produits pharmaceutiques au Canada consiste à donner aux pharmaciens le pouvoir, dans certaines situations, de remplacer les médicaments prescrits par des substituts moins coûteux. Dans le cadre de la plupart des régimes provinciaux d'assurance-médicaments, les pharmaciens sont non seulement autorisés mais encouragés à le faire lorsqu'il existe un équivalent générique au médicament de marque prescrit; le régime ne couvre alors que le coût de la version générique (si le patient choisit la version plus coûteuse, il doit payer la différence de sa poche). En Colombie-Britannique, le régime public d'assurance-maladie incite les pharmaciens à choisir le substitut le moins coûteux parmi des groupes de médicaments dont on a jugé qu'ils avaient des propriétés thérapeutiques équivalentes bien que n'étant pas chimiquement identiques au médicament de marque breveté prescrit par le médecin. Inutile de dire que la réglementation qui définit les règles en vertu desquelles pareille substitution est autorisée est controversée.

Régimes provinciaux d'assurance-médicaments

Comme nous l'avons souligné dans l'introduction, plus de 60 p. 100 du coût total des produits pharmaceutiques au Canada à la fin des années 90 ont été payés par des sources privées. Des quelque 40 p. 100 provenant du trésor public, une partie représentait les médicaments administrés aux patients dans les hôpitaux. Le gros des dépenses publiques se présentait toutefois sous forme de programmes gouvernementaux provinciaux qui payaient les médicaments prescrits de certaines catégories de malades non hospitalisés. La présente partie renferme un bref examen des principales caractéristiques de ces programmes[13].

Bien que la *Loi canadienne sur la santé* n'exige pas que les provinces assurent la couverture des produits pharmaceutiques (sauf pour les patients hospitalisés), toutes offrent des régimes qui paient les médicaments des bénéficiaires de l'aide sociale et dans toutes, sauf deux, des régimes couvrent les personnes de plus de 65 ans. (Les exceptions sont le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse, dont les régimes ne couvrent que les citoyens âgés à faible revenu ayant droit au Supplément de revenu garanti.)

En plus des régimes couvrant tous les citoyens âgés et les bénéficiaires de l'aide sociale, les provinces de l'Ouest, l'Ontario et le Québec assurent au moins un type de couverture à tous les citoyens, bien que dans certains cas la franchise soit très élevée. Au sein de ce groupe, le Québec est unique, en ce sens que la participation à son régime d'assurance-médicaments est obligatoire. Néanmoins, ceux qui ont accès à une assurance de groupe privée offerte par leur employeur ne sont pas tenus de s'inscrire au régime public (en fait, ils ne sont pas autorisés à le faire).

La plupart des régimes provinciaux se financent au moyen des impôts, sauf quelques exceptions. Au Québec, les personnes assurées par le régime public doivent verser une prime annuelle, déterminée en fonction du revenu net; cette prime va de 0 à 350 $ par adulte. Elle est perçue chaque année par l'entremise du système fiscal de la province. L'Alberta offre un vaste régime de prestation-maladie qui englobe les médicaments des personnes non couvertes par les régimes pour les aînés et les bénéficiaires de l'aide sociale, moyennant une prime trimestrielle de 123 $ par famille. Dans les deux cas, le paiement des primes des personnes à faible revenu est subventionné. En Nouvelle-Écosse, les aînés doivent payer 215 $, tandis qu'au Nouveau-Brunswick, ceux qui ne sont pas admissibles à la couverture pour les personnes à faible revenu doivent verser une prime mensuelle de 58 $ par personne.

La plupart des régimes prévoient une franchise ou une quelconque forme de coassurance ou de quote-part; plusieurs provinces ont les deux. Dans bien des cas, les franchises et les dispositions pour excédent de pertes[14] diffèrent selon les catégories de bénéficiaires ou sont calculées d'après le revenu de ces derniers (p. ex., le régime du Manitoba et le programme de médicaments Trillium de l'Ontario). Dans certains cas, le montant des franchises et de la

coassurance des régimes de protection résiduelle des assurés autres que les personnes à faible revenu est tellement élevé que le régime pourrait fort bien être qualifié d' « assurance en cas de catastrophe ». Ainsi, la franchise courante du régime résiduel de la Saskatchewan est de 850 $ par semestre, après quoi s'applique une coassurance qui correspond à 35 p. 100 du coût de chaque ordonnance. En Colombie-Britannique, le régime correspondant prévoit une franchise annuelle de 600 $, puis une coassurance de 30 p. 100 avec plafond de 2 000 $ par année par patient. Le régime public du Québec prévoit une moins grande participation aux coûts : une franchise trimestrielle de 25 $ par adulte, puis une coassurance correspondant à 25 p. 100 du coût de l'ordonnance, jusqu'à concurrence de 187,50 $ par trimestre (moins dans le cas des personnes à faible revenu). Dans les provinces maritimes, il n'y a pas de franchise, mais certaines quotes-parts s'appliquent.

En plus d'avoir recours au ticket modérateur pour limiter les coûts, les gouvernements de toutes les provinces appliquent deux autres types de restrictions à leurs régimes d'assurance : des listes de produits que le régime paie et des montants maximums pouvant être versés pour chacun d'eux.

Formulaires et restrictions du remboursement

Toutes les provinces possèdent des formulaires, publiés par l'agence de paiement, qui énumèrent les médicaments fournis en vertu des divers régimes. Les listes sont utiles si tous les médicaments sujets à subvention y sont énumérés. Elles peuvent inclure aussi bien des médicaments d'ordonnance que des médicaments en vente libre, de même que des fournitures médicales telles des seringues. Les critères visant la couverture de nouveaux médicaments incluent souvent un élément pharmacoéconomique, à savoir que le médicament doit être rentable. Certains régimes privés ne remboursent en outre que les médicaments figurant sur les listes provinciales. D'autres ne suivent qu'une règle générale, remboursant par exemple tous les médicaments d'ordonnance.

Tous les régimes provinciaux d'assurance-médicaments fixent le montant qui sera remboursé pour chaque ordonnance. Il existe divers mécanismes d'établissement des prix, dont le coût réel d'acquisition, le substitut le moins coûteux, le coût maximum admissible, le meilleur prix disponible et l'établissement du coût en fonction du produit de référence. Ces politiques d'établissement des prix et de remboursement ont tendance à favoriser la substitution de produits génériques lorsqu'il en existe. Cette substitution, aussi appelée l'étape 1 de l'établissement du coût en fonction du produit de référence, signifie que pour tout médicament, l'organisme provincial ne paiera pas plus que le coût du produit le moins cher qui est identique sur le plan chimique. Cette politique s'applique aux médicaments dont le brevet n'est plus protégé, si le produit le moins coûteux est un produit générique. La substitution est obligatoire dans toutes les provinces. Comme nous l'avons déjà souligné, celle qui semble avoir exercé le plus grand

contrôle des remboursements est la Colombie-Britannique, qui a adopté un système d'établissement du coût en fonction du produit de référence. Ce système repose sur des groupes de médicaments qui ont été classés selon leur équivalence du point de vue thérapeutique et ce, même si leur composition chimique n'est pas identique ni même reliée. (On désigne parfois ce système sous le nom d'étape 3 de l'établissement du coût en fonction du produit de référence. Voir McArthur, 1997.) Pour tout médicament appartenant à un tel groupe, le montant remboursé se limite au coût du médicament le moins coûteux du groupe.

En outre, les provinces stipulent le pourcentage des frais d'exécution de l'ordonnance qui sera remboursé. En règle générale, elles remboursent le pharmacien directement. (Les régimes privés ont tendance à rembourser le bénéficiaire, mais certains optent dorénavant pour le paiement direct à la pharmacie. Compte tenu du coût élevé de l'administration des diverses politiques d'établissement des prix et de remboursement, les régimes privés n'ont pas tendance à y avoir recours.)

Un programme fédéral en matière d'assurance-médicaments : la proposition du FNS

Dans cette partie et les suivantes, nous discutons des formes que pourrait prendre un programme national d'assurance-médicaments. Bien qu'il s'agisse d'un programme national, nous employons le terme « assurance-médicaments » au sens où les Canadiens parlent d'« assurance-maladie », c'est-à-dire un ensemble de régimes provinciaux soumis à certaines restrictions stipulées dans la *Loi canadienne sur la santé*. Nous examinons plus bas la proposition avancée par le Forum national sur la santé[15], qui représente l'orientation la plus différente du système actuel de régimes provinciaux.

En ce qui concerne le financement, nous considérons que l'option du FSN est calquée sur le régime d'assurance-maladie, en ce sens qu'elle exigerait que chaque province participante possède un important régime universel financé par les deniers publics. En ce qui a trait à l'universalité, la *Loi canadienne sur la santé* stipule « que le régime d'assurance-maladie doit être accessible à tous de façon égale ». Il est clair que l'universalité comprise dans ce sens exclut le financement au moyen de primes établies en fonction du risque. Cependant, il n'est pas clair que l'universalité devrait exclure le financement de l'assurance-médicaments au moyen de primes liées au revenu. À l'heure actuelle, l'Alberta finance son régime d'assurance des soins médicaux au moyen d'un système de primes et offre des subventions aux personnes à faible revenu. On ne sait pas non plus si l'universalité devrait exclure un système comme celui qui s'applique dans les provinces qui couvrent gratuitement certaines personnes (comme les aînés et les prestataires d'aide sociale) tandis que les autres ont une prime à payer.

Selon la *Loi canadienne sur la santé*, un régime provincial d'assurance-maladie doit également être intégral, ce qui signifie qu'il doit englober tous les services médicalement nécessaires. Comme on le sait, cependant, le sens de cette définition n'est pas évident. Certaines provinces ont notamment été mêlées récemment à des différends avec des particuliers souhaitant avoir accès à divers types de traitements de pointe qui ne sont pas couverts par les régimes provinciaux, soit parce qu'ils sont classés dans la catégorie « expérimentale » (certains types de traitements du cancer, par exemple) ou parce qu'ils sont considérés « optionnels » plutôt que « médicalement nécessaires »[16]. Par conséquent, on pourrait dire que le programme d'assurance-médicaments peut être jugé conforme à la condition touchant l'intégralité même si diverses restrictions s'appliquent aux médicaments couverts, que ce soit selon un quelconque type de formulaire ou l'établissement du prix en fonction d'un produit de référence.

Le FNS s'oppose vivement à toute forme de ticket modérateur. Conformément à l'option qu'il propose, les médicaments couverts ne coûteraient rien aux patients. Il s'inspire en cela des modifications apportées en 1984 à la *Loi canadienne sur la santé*, dont les dispositions antérieures relatives à l'accessibilité des services assurés ont été renforcées de manière à exclure toute forme de ticket modérateur pour les services médicaux et hospitaliers. Pour les raisons soulevées dans la partie précédente, nous croyons que, dans le cas des produits pharmaceutiques, les arguments en faveur d'un certain partage du coût avec les patients ont plus de poids que dans le cas des services médicaux et hospitaliers (nous examinons dans la partie qui suit certains régimes prévoyant une participation aux coûts).

Cas particuliers : médicaments dans les hôpitaux, formulaires et substitution de médicaments génériques

Comme nous l'avons déjà mentionné, les médicaments utilisés dans les hôpitaux sont présentement payés à même les budgets de ces derniers. L'argument en faveur d'un programme national repose, entre autres, sur l'idée que les médicaments administrés aux malades hospitalisés et non hospitalisés devraient être traités de la même façon. Cet argument pourrait donc être invoqué comme raison de financer les médicaments dispensés à l'hôpital en vertu du même régime que ceux obtenus hors des hôpitaux.

L'un des avantages du système actuel, cependant, est qu'il incite les hôpitaux à utiliser les formulaires afin d'encourager l'administration rentable de médicaments aux malades hospitalisés, comme le ferait un plan de soins gérés. Dans la mesure où l'on croit en l'efficacité de tels régimes, les arguments pourraient pencher en faveur du maintien du système dans son état actuel. La simplicité de l'administration du système pourrait aussi faire pencher la balance.

La question de savoir comment les médicaments administrés à l'hôpital devraient être financés est liée à celle plus large de l'intégration des soins aux malades externes à ceux de l'ensemble des patients hospitalisés. Peu importe le mode de financement de ces deux catégories de soins, il semblerait avantageux que les principes régissant l'utilisation des médicaments en contexte hospitalier soient similaires à ceux qui gouvernent les médicaments administrés aux malades non hospitalisés. Donc, l'un des points importants dans le cadre de la conception d'un régime d'assurance-médicaments serait le rôle des formulaires et de la règle de substitution, de même que la façon dont les médicaments seraient reliés aux formulaires généralement utilisés dans les hôpitaux.

Étant donné que tous les régimes provinciaux utilisent déjà des listes et des formulaires, on peut présumer qu'ils souhaiteraient continuer à le faire dans le cadre d'un régime national d'assurance-médicaments. Dans le contexte d'un régime national, cependant, on pourrait avancer l'argument selon lequel les restrictions imposées aux patients par l'utilisation de listes et de formulaires feraient largement partie de la norme de couverture assurée par le régime. Si cet argument était accepté, il constituerait une raison majeure d'encourager une certaine uniformité

des régimes provinciaux à cet égard. Dans les discussions concrètes au sujet d'un régime national d'assurance-médicaments, les négociations entourant cet aspect risqueraient d'entraîner une controverse et de susciter une grande participation des parties intéressées.

Même si aucun programme officiel d'assurance-médicaments ne devait voir le jour, nous croyons qu'une intervention plus active du gouvernement fédéral dans la coordination de la conception et de la mise à jour de formulaires types serait justifiée pour d'autres motifs. À l'heure actuelle, il semble y avoir un important chevauchement entre les régimes provinciaux, en ce sens que plusieurs provinces ont constitué des groupes d'experts chargés de décider quels médicaments figureront sur les listes et les formulaires régissant l'établissement des prix et les règles de substitution. Bien que l'on puisse raisonnablement supposer que chacun de ces organes de réglementation se tient au courant des décisions des autres, le gouvernement fédéral pourrait peut-être au moins faciliter cet échange d'information même si les provinces devaient conserver leurs organes décisionnels distincts. Cette coordination pourrait en outre être bien accueillie par les compagnies pharmaceutiques puisque qu'elle réduirait efficacement le nombre d'organismes de réglementation avec lesquels elles doivent négocier.

Un autre important choix stratégique dans ce contexte est lié à ce qui devrait se produire si les patients et médecins choisissent un médicament plus coûteux que la version la moins chère couverte par le régime. De nombreux régimes existants permettent cette substitution, pour autant que les patients paient la différence de leur poche.

En principe, cette approche est contraire à l'idée selon laquelle le système de santé le plus équitable et le plus efficace est celui dont le financement provient d'une seule source, et à l'objectif qui consiste à maintenir un système à un seul palier au sein duquel la nature des soins de santé que reçoit une personne ne dépend pas de ses moyens financiers. Certains diront que si l'on maintenait un système à payeur et à palier uniques en y ajoutant un programme universel d'assurance-médicaments, ce dernier ne devrait payer que pour le médicament recommandé et les personnes optant pour une version plus coûteuse seraient tenues d'en assumer *entièrement* le coût. Qui plus est, on pourrait soutenir que l'adhérence stricte au principe du payeur unique exclurait toute possibilité qu'une assurance privée supplémentaire paie la différence de prix entre un médicament autorisé et sa version plus coûteuse, ou encore paie la totalité du coût de médicaments que le régime public ne couvrirait pas si le patient en choisissait une version plus coûteuse.

Ceux qui s'opposent à ce principe soutiennent que du point de vue de la politique publique, la question essentielle liée au coût des soins de santé est le fardeau qu'ils représentent pour le secteur public, et non leur coût total. De ce point de vue, une hausse du coût total découlant de dépenses privées volontaires ne devrait pas être une préoccupation d'ordre public, tant et aussi longtemps que cette dépense privée n'affecte pas le coût et la qualité des soins offerts en vertu du système financé par l'État[17]. En outre, le fait de donner un rôle à l'assurance privée supplémentaire aurait l'avantage de permettre à ceux qui possèdent déjà une assurance privée complète d'obtenir une protection équivalente même si la couverture du régime public est moins complète.

Comme nous pouvons le constater, la recherche de preuves systématiques de l'incidence sur les coûts et la qualité des soins des différentes approches vis-à-vis de la conception des formulaires et de la définition des règles de substitution et des plafonds de remboursement devrait constituer une grande priorité. Bien que le présent rapport se fonde principalement sur la documentation existante et qu'il propose des solutions de rechange qui diffèrent du point de vue du financement et de l'étendue de la couverture, il ne faut pas perdre de vue que les règles entourant le choix et le prix des médicaments influent peut-être tout autant sur le coût pour l'État que le mode de financement et l'étendue de la couverture. En d'autres termes, il est probable qu'il existe une relation directe entre le degré de couverture du régime et les règles entourant le choix des médicaments. Des règles plus strictes permettent une couverture plus étendue — aussi bien à l'égard des catégories de personnes couvertes que du ticket modérateur prévu par le régime public — à un coût similaire pour le secteur public.

Autres modèles d'assurance-médicaments

Régimes universels prévoyant une participation aux coûts

À l'heure actuelle, la plupart des régimes provinciaux d'assurance-médicaments, de même que certains régimes privés, exigent une importante participation des assurés aux coûts (c.-à-dire un important ticket modérateur). La création d'un régime universel sans ticket modérateur aurait donc tendance à faire grimper les coûts pour le secteur public et ce, pour deux raisons : d'abord parce qu'un régime universel couvrirait plus de gens que les régimes actuels et ensuite, parce que les bénéficiaires actuels n'assumeraient plus leur part des coûts. (En outre, bien sûr, l'abolition du ticket modérateur serait susceptible d'entraîner une hausse de l'utilisation par les bénéficiaires actuels.) Compte tenu de cela, il semble peu probable que les négociations fédérales-provinciales-territoriales entourant la création d'un régime national d'assurance-médicaments reposent dès le départ et unanimement sur le principe selon lequel il ne devrait pas y avoir de partage des coûts, même si l'application de ce principe est aujourd'hui largement acceptée dans d'autres secteurs du système de santé[18].

La participation des patients aux coûts peut revêtir plusieurs formes. En vertu d'un système de franchises, le patient paie le coût total des médicaments qu'il consomme, jusqu'à concurrence d'un montant donné. La coassurance et les quotes-parts constituent d'autres formes de partage des coûts. Malgré les variantes terminologiques observées dans la documentation, le terme « coassurance » décrit un régime dans le cadre duquel les patients paient un pourcentage du coût de chaque ordonnance (généralement jusqu'à concurrence d'un montant maximum par période) alors que le terme « quote-part » désigne la pratique selon laquelle le patient paie un montant fixe par ordonnance.

Bien que les quotes-parts soient assez faciles à administrer et réduisent les dépenses publiques au chapitre de l'assurance-médicaments, elles ne produisent pas les mêmes effets incitatifs potentiellement avantageux que le paiement de frais d'exécution d'ordonnances par le patient ou que la coassurance et les franchises. Comme elles ne varient pas selon la pharmacie que choisit le patient, elles n'accroissent pas non plus la concurrence dans la distribution. De même, étant donné qu'elles ne changent pas en fonction du prix des médicaments, elles n'incitent aucunement les patients et leurs médecins à tenir compte du facteur coût au moment de faire un choix entre plusieurs médicaments interchangeables. Par ailleurs, les quotes-parts fixes incitent les médecins à réduire le nombre d'ordonnances en incluant davantage de médicaments sur chacune, et les patients à réduire le nombre de renouvellements de ces ordonnances. Dans un cas comme dans l'autre, cela peut avoir des effets secondaires indésirables, que ce soit en termes de gaspillage de médicaments ou d'efficacité réduite si cela contribue au non-respect des recommandations du médecin. Pour cette raison, nous privilégions la coassurance et les franchises comme mécanismes de participation aux coûts.

La conception d'un système de franchises et de paiements de coassurance pour les régimes d'assurance-médicaments soulève plusieurs autres questions pertinentes. Nous en examinerons trois : les frais d'administration, le rôle de l'assurance privée supplémentaire et les possibilités de franchises liées au revenu et de modalités de coassurance.

Frais d'administration

L'une des grandes objections à la participation des patients aux coûts des soins de santé est que cela est coûteux à administrer. Cependant, bien que les marges couvrant les frais d'administration et de commercialisation dans les régimes d'assurance privés avec participation aux coûts aient tendance à être élevées, c'est le volet commercialisation (qui n'est pas pertinent au sein d'un régime public) qui en représente la majeure partie. Qui plus est, les frais d'administration rattachés à un régime public universel devraient être moins élevés que dans le cas d'un système mettant en cause de multiples assureurs privés, compte tenu des économies d'échelle et d'autres facteurs[19]. Il apparaît plausible qu'une importante part de ces coûts soit liée à la conception des formulaires ainsi qu'à la définition des restrictions en matière d'établissement des prix et de règles de substitution. Si un programme national d'assurance-médicaments prévoyait l'application de dispositions similaires dans toutes les provinces, cela éviterait le dédoublement et pourrait faire diminuer les coûts. L'administration courante des prestations (pour vérifier, par exemple, si les particuliers ou les familles ont dépassé leurs franchises) peut en outre être simplifiée grâce aux technologies de l'information en reliant, par exemple, les pharmacies et les administrations provinciales par voie électronique ou en attribuant des «cartes à puce » aux bénéficiaires. Nous croyons qu'il y a beaucoup à tirer de l'expérience des régimes provinciaux actuels. À notre avis, il serait très utile d'effectuer d'autres études empiriques sur les frais d'administration.

Assurance supplémentaire

Au sein des systèmes d'assurance publique prévoyant des franchises et une coassurance, l'une des grandes décisions stratégiques a trait à l'admissibilité d'une assurance privée supplémentaire payant les frais qui relèveraient autrement de la responsabilité du bénéficiaire[20]. Dans le cas d'autres types d'assurances, on soutient parfois que l'assurance supplémentaire est inefficace, car, étant donné qu'elle réduit le coût pour les bénéficiaires, elle a tendance à accroître leur utilisation des services assurés. Mais elle fait aussi augmenter (indirectement) le coût du régime d'assurance de base, soit parce qu'elle accroît la probabilité que les bénéficiaires dépensent plus que le montant de la franchise établie, ou parce qu'une partie du coût de l'utilisation accrue est d'abord absorbée par le régime principal (lorsque celui-ci prévoit un taux de coassurance inférieur à 100 p. 100).

Dans le cas d'un régime d'assurance-médicaments fondé sur des formulaires et des dispositions relatives au prix maximal, il est possible que ces facteurs ne soient pas particulièrement significatifs. En principe, il se peut qu'il y ait une réaction en chaîne, si, par exemple, l'assurance supplémentaire entraîne plus de gaspillage (c.-à-d. si les médicaments achetés ne sont pas utilisés). L'application de franchises et d'une coassurance au sein d'un régime d'assurance-médicaments n'aurait cependant pas pour effet principal de réduire la *quantité* de médicaments consommés par les bénéficiaires, mais bien de les inciter à choisir des

médicaments moins coûteux dans la mesure où il existe des substituts. Un tel effet de l'assurance supplémentaire n'affecte en rien le régime principal, étant donné qu'il paie de toute façon pour la version la moins coûteuse.

Coassurances et franchises liées au revenu

Au Canada, la mise en place d'un système de franchises et de coassurances uniformes aurait pour principal inconvénient de représenter un fardeau relativement plus lourd pour les familles à faible revenu que pour celles à revenu élevé. En partie pour cette raison, plusieurs des régimes provinciaux prévoient des franchises et des modalités de coassurance qui varient en fonction du revenu. Ainsi, au Manitoba, le régime prévoit une franchise correspondant à 3 p.100 du « revenu familial redressé » pour ceux dont le revenu annuel est supérieur à 15 000 $; une règle similaire s'applique au programme de médicaments Trillium de l' Ontario. On peut aussi effectuer une certaine discrimination selon le revenu par des moyens indirects. Ainsi, il est possible de fixer des franchises moins élevées pour les aînés; étant donné que les personnes âgées ont en moyenne des revenus inférieurs au reste de la population, cela a pour effet indirect de réduire la part du fardeau supportée par les moins fortunés.

L'un des inconvénients que pourrait comporter un système de participation aux coûts déterminée par le revenu est qu'un tel système est plus difficile à administrer puisqu'il exige la collecte d'information sur le revenu des bénéficiaires. Ici encore, toutefois, les technologies de l'information permettraient sans doute de maintenir les coûts au minimum. Grâce à elles, le système pourrait permettre aux bénéficiaires de payer de leur poche les frais associés au ticket modérateur ou encore facturer temporairement le coût total au régime. En ce cas, la franchise et la coassurance seraient calculées au moment de la production de la déclaration de revenus et l'on pourrait comparer les montants calculés à ceux déjà payés durant l'année. Les soldes impayés s'ajouteraient alors à la facture d'impôt de la personne, tandis que les paiements en trop lui seraient remboursés[21].

Régimes avec options de non-participation

Les autres modèles mentionnés dans les parties précédentes reposent tous sur le principe de l'universalité, en ce sens qu'ils couvriraient tous les citoyens d'une province. Dans la présente partie, nous examinons brièvement un régime potentiellement moins coûteux (pour l'État) de financement mixte public-privé reposant sur le principe d'une option de non-participation. Au sein d'un tel système, le régime public est l'option par défaut, mais ceux qui le désirent sont autorisés à choisir un régime privé (approuvé par l'État) dont la couverture *remplace* celle du régime public. Si le mot « remplace » est en italiques, c'est que nous souhaitons insister sur le fait que ceux qui optent pour la non-participation au régime public ne sont plus couverts par celui-ci. Cela diffère d'un système au sein duquel les citoyens peuvent choisir d'être protégés par un régime privé tout en restant couverts par le régime public. Dans ce dernier cas, le régime privé *complète* la couverture publique. Au sein d'un système offrant une option de non-participation, les particuliers peuvent *remplacer* la couverture publique par une assurance privée, et ceux qui choisissent de le faire renoncent à leur participation au régime public[22].

Le choix de la non-participation dépend de deux facteurs. D'abord, il y a en général une incitation financière : ceux qui renoncent à la protection du régime public ont droit à une prime ou à un remboursement d'impôt. Ensuite, il peut y avoir des différences de nature qualitative entre le régime public et les régimes privés.

Les régimes mixtes avec option de non-participation ressemblent aux systèmes en vertu desquels l'État offre un régime optionnel en retour d'une prime. (C'est le cas du régime d'assurance-médicaments de l'Alberta.) Nous utiliserons toutefois l'expression pour désigner un système au sein duquel il est obligatoire d'appartenir à un *quelconque* régime d'assurance (approuvé par l'État). Ainsi, à la suite des réformes de 1986, on peut dire que le Québec possède un régime d'assurance-médicaments qui repose sur le principe de « l'option de non-participation ». En vertu des règles actuelles, tous les habitants de la province doivent souscrire au régime public ou à un régime privé approuvé. La question visée par la présente section est donc essentiellement la suivante : Y a-t-il lieu d'étudier sérieusement la possibilité de mettre en œuvre à l'échelle nationale un programme d'assurance-médicaments calqué sur le modèle québécois?

Le principal déterminant du coût (pour l'État) d'un régime comportant une option de non-participation est l'incitation financière offerte à ceux qui choisissent cette option. Pour examiner la question, supposons d'abord que le régime public de base est financé au moyen d'une prime uniforme suffisamment élevée pour couvrir le coût total des prestations versées. Supposons également que ceux qui choisissent de ne pas participer au régime public et qui souscrivent un régime privé approuvé sont exemptés de la prime. En ce cas, les non-participants seront les personnes en mesure d'obtenir une protection privée équivalente à moindre coût ou, de façon plus générale, celles qui pourront trouver un régime offrant un rapport qualité-prime plus intéressant que le régime public.

Le problème que pose cette approche est qu'elle ne résoud pas les problèmes d'écrémage et d'antisélection que nous avons abordés dans la deuxième partie. Si les particuliers sont exposés à divers degrés de risque de maladie, ceux qui le sont le moins auront systématiquement tendance à renoncer au régime public (étant donné qu'ils seront davantage susceptibles de trouver une protection privée moins coûteuse). De ce fait, il faudra hausser les primes du régime public pour qu'il puisse maintenir la couverture et continuer de verser les prestations. Le résultat final sera peut-être un système au sein duquel ne demeureront que les personnes à risque (p. ex., les aînés ou les personnes ayant des antécédents de maladie grave). Il se peut alors que les primes exigées doivent être très élevées pour que le régime continue de s'autofinancer. Certains jugeraient qu'un tel résultat est inacceptable en raison de son manque d'équité.

Cependant, de toute évidence, les régimes d'assurance-médicaments peuvent aussi être financés à même le trésor public, et l'option de non-participation peut s'appliquer également aux régimes financés à l'aide des impôts. En pareil cas, l'incitation à ne pas participer prendra la forme d'un quelconque remboursement d'impôt consenti aux personnes qui opteront pour une assurance privée. En termes d'équité, les conséquences néfastes du fait qu'un grand nombre de

gens optent pour la non-participation ne sont alors pas aussi graves, étant donné que le coût du financement du régime public à l'intention des personnes à risques élevés sera réparti entre tous les contribuables.

En variant la somme du remboursement, l'État peut contrôler l'incitation à opter pour la non-participation. Soulignons toutefois que moins il y a de gens qui choisissent cette option, plus grande sera la part du coût total que continuera d'assumer l'État. Par conséquent, si l'un des objectifs consiste à accroître l'efficacité en réduisant la part des coûts de l'assurance-médicaments assumée par l'État, la recherche de l'incitation appropriée à la non-participation individuelle suppose une relation directe entre les objectifs en matière d'efficacité et ceux en matière d'équité : une incitation généreuse s'avère efficace en ce sens qu'elle encourage la non-participation et réduit les revenus gouvernementaux nécessaires[23], mais elle n'est pas équitable puisqu'elle hausse le revenu réel des personnes à faibles risques par rapport aux autres.

Soulignons, finalement, que l'effet de cette relation peut être atténué considérablement si l'on parvient à diviser la population en groupes présentant divers degrés de risque et à déterminer l'incitatif d'après ce risque (ou, de façon plus générale, d'après la prime prévue pour une assurance privée). Ainsi, les incitations à la non-participation pourraient être plus grandes dans le cas des aînés et moins grandes pour les personnes qui sont admissibles à une assurance collective privée offerte par leur employeur.

Comme semble l'indiquer le modèle québécois, un système avec option de non-participation partielle présente l'avantage de pouvoir être mis en place sans restructuration majeure des systèmes d'assurance mixte publique-privée qui existent actuellement dans la plupart des provinces. Les gouvernements n'ont qu'à adopter un régime (obligatoire) couvrant ceux qui ne sont pas admissibles à d'autres programmes gouvernementaux (c.-à-d., dans la plupart des provinces, les personnes de moins de 65 ans ne recevant pas d'aide sociale). Les personnes protégées par le nouveau régime verraient leur facture d'impôt haussée par une prime suffisamment élevée pour que les bénéficiaires de régimes privés d'assurance collective trouvent intéressante l'option de non-participation, c'est-à-dire pour qu'ils conservent leur protection privée en retour d'une exemption de la prime exigée pour le régime public. De cette façon, les retombées sur l'industrie privée de l'assurance seraient limitées. En outre, il est possible de réduire l'incidence qu'aurait une assurance obligatoire sur les personnes à faible revenu en instituant, comme l'a fait le Québec, un système de primes liées au revenu pour les moins fortunés.

Avec un allégement partiel des primes pour certains, et compte tenu de la tendance des personnes à risques plus élevés à opter pour le régime public, il ne sera peut-être pas possible d'assurer l'autofinancement de celui-ci. Il est cependant probable que l'incidence nette que cela aura sur le budget gouvernemental sera restreinte et qu'elle sera considérée comme un petit prix à payer pour offrir une assurance-médicaments quelconque à l'ensemble des citoyens et ce, d'une façon relativement équitable. Pour toutes ces raisons, nous sommes d'avis qu'il y a lieu de suivre de près l'exemple du Québec dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie nationale en matière d'assurance-médicaments.

Conclusion

Une comparaison des méthodes de financement des soins de santé aux États-Unis et au Canada porte à croire que le régime canadien financé par l'État couvrant les coûts associés aux services des médecins et des hôpitaux est de loin le meilleur. Le coût des produits pharmaceutiques devenant une composante de plus en plus importante du coût total des soins de santé, les arguments en faveur d'un élargissement du régime universel d'assurance-maladie financé par l'État en vue d'inclure également le coût des médicaments semblent de plus en plus convaincants.

Les gouvernements provinciaux ont déjà mis à l'essai des solutions de rechange pour intégrer l'assurance-médicaments à leurs régimes. Le présent rapport avait pour but de relever les différentes façons pour le gouvernement fédéral de jouer un rôle efficace dans ce contexte. Bien qu'un grand nombre de recherches et de consultations additionnelles soient nécessaires en vue d'en arriver à des énoncés de politique concrets, ce rapport peut représenter une contribution favorable à ce débat.

Bibliographie

Barer, M. L., R. G. Evans et G. L. Stoddar. *Controlling Health Care Costs by Direct Charges to Patients: Snare or Delusion?,* Toronto, Conseil économique de l'Ontario, 1979.

Blomqvist, Åke, et Per-Olov Johansson. « Economic efficiency and mixed public/private insurance », *Journal of Public Economics*, vol. 66, 1996, p. 505-516.

Campbell, John C., et Naoki Ikegami. *The Art of Balance in Health Policy: Maintaining Japan's Low-Cost, Egalitarian System*, Cambridge, University Press, 1998.

Dahlby, Bev. « The Distortionary Effect of Rising Taxes », dans R. Robson et W. Scarth, dir., *Deficit Reduction: What Pain, What Gain?*, Toronto, C.D. Howe Institute, 1994, p. 43-72.

Danzon, Patricia M. « Hidden overhead costs: Is Canada's system really less expensive? », *Health Affairs*, vol. 11, 1992, p. 21-43.

Evans, Robert G. « Supplier-induced demand », dans M. Perlman, dir., *The Economics of Health and Medical Care,* Londres, MacMillan, 1974, p. 162-173.

Folland, Sherman, Allen Goodman et Miron Stano. *The Economics of Health and Health Care,* 2e éd., Upper Saddle River (New Jersey), Prentice Hall, 1997.

Forum national sur la santé. « Orientations pour une politique pharmaceutique au Canada », dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier — Volume II — Rapports de synthèse et documents de référence,* 1997.

Graham, John R. *Prescription drug prices in Canada and the United States – Part 2: Why the difference*?, Vancouver, The Fraser Institute. Disponible à l'adresse : <www.frase.institute.ca/publications/pps/43>.

Kirkman-Liff, Bradford L. « Health care reform in the Netherlands, Germany, and the United Kingdom », dans Åke Blomqvist et David Brown, dir., *Limits to Care: Reforming Canada's Health System in an Age of Restraint*, Toronto, C.D. Howe Institute, 1994, p. 167-216.

McArthur, William. « *Pharmaceutical Cost Containment: A Canadian Dilemma* », document présenté à la conférence du Fraser Institute *Putting Patients First*, Toronto et Vancouver, 3-4 novembre 1997.

Morgan, Steven G. *La politique pharmaceutique canadienne : les enjeux*, document de référence commandé par le Forum national sur la santé, 1997.

Motheral, Brenda, et Rochelle Henderson. « The effect of a copay increase on pharmaceutical utilization, expenditures, and treatment continuation », *American Journal of Managed Care*, vol. 5, 1999, p. 1383-1394.

Newhouse, Joseph, et coll. *Free for All: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment,* Cambridge (MA), Harvard University Press, 1993.

Palmer d'Angelo Consulting. *Étude de l'impact d'une régime national d'assurance-médicaments sur les coûts,* Ottawa, 1997.

Phelps, Charles E. *Health Economics*, 2e éd., Reading (MA), Addison-Wesley, 1997.

Reuber, Grant L. *Canada's Political Economy: Current Issues*, Toronto, McGraw-Hill Ryerson, 1980.

Renvois

1 L'expression « assurance-médicaments » renvoie actuellement à divers programmes provinciaux, mais elle a également été utilisée (p. ex., par le Forum national sur la santé) pour désigner un régime national hypothétique.

2 La *cimétidine* et les autres antagonistes des récepteurs H2, par exemple, ont pratiquement éliminé la nécessité d'une chirurgie en cas d'ulcère, et l'arrivée de nouveaux médicaments antipsychotiques a réduit le besoin de placer en établissement certaines personnes atteintes d'une maladie mentale.

3 Dans le cadre d'un régime financé par le secteur public, les primes rattachées à une assurance privée peuvent être remplacées par des impôts spécifiques (comme les charges sociales versées en Allemagne) ou, si le financement provient des recettes générales, par une hausse générale des impôts.

4 Certains économistes préfèrent réserver l'expression « risque moral » aux cas où l'assurance modifie le comportement d'une personne d'une façon qui influe sur les *risques de maladie qu'elle court* plutôt que sur sa consommation de services de santé une fois malade. Cependant, dans la plupart des textes, l'expression désigne aussi ce dernier effet.

5 Le fardeau excédentaire découle des distorsions dans le comportement économique créées par la taxation. Dahlby (1994) fournit des estimations récentes du fardeau excédentaire marginal. Dans le cas des recettes provenant de hausses de l'impôt fédéral ou provincial sur le revenu, il estime que les valeurs représentent entre 40 et 60 p. 100 des revenus supplémentaires.

6 Cet argument a été avancé avec le plus de force par Robert Evans et ses collègues. Pour une étude préliminaire qui a exercé une grande influence au Canada, voir Barer, Evans et Stoddart (1979).

7 En fait, la plupart des consommateurs ne se perçoivent pas comme les réels décideurs lorsque vient le temps de choisir les services de santé à utiliser ou les médicaments à prendre; ils considèrent plutôt leur médecin comme le décideur efficace.

8 Pour un examen du concept de DIF, voir n'importe quel ouvrage sur l'économie de la santé, comme Folland, Goodman et Stano (1997), chapitre 8. Robert Evans a contribué de façon importante à la documentation sur le sujet; voir, par exemple, Evans (1974).

9 Il est intéressant, dans ce contexte, d'examiner l'exemple du Japon, où les médecins en soins ambulatoires ne sont pas autorisés à « suivre leurs patients à l'hôpital » (c'est-à-dire qu'une fois admis à l'hôpital, leurs patients se font traiter par d'autres médecins). Or, peut-être n'est-ce pas une coïncidence, le Japon possède les plus faibles taux d'hospitalisation au monde. À ce sujet, voir Phelps (1997), chapitre 17. Pour un examen intéressant du système de santé du Japon, voir Campbell et Ikegami (1998).

10 Pour en savoir davantage sur la distinction entre les médicaments vraiment innovateurs et les produits « d'imitation », voir Morgan (1997).

11 Un certain nombre d'études ont démontré que les prix de détail de nombreux médicaments de marque sont beaucoup plus élevés aux États-Unis qu'au Canada (voir, par exemple, Graham, 2000). Néanmoins, ces études portent en général sur les prix de détail exigés en pharmacie et ne reflètent pas les rabais que peuvent obtenir les organismes de soins gérés lorsqu'ils achètent des médicaments directement auprès des fabricants.

12 À ce sujet, voir Morgan (1997) et les études qui y sont citées.

13 On retrouve une brève description de la structure des régimes provinciaux dans Palmer D'Angelo Consulting (1997). La plupart des provinces appliquent également des dispositions spéciales aux personnes atteintes de certains types particuliers de maladies; il n'est pas question ici de ces dispositions (pour plus de détails, voir McArthur, 1997).

14 En vertu d'une disposition pour excédent de pertes, on établit un montant maximum qu'une famille ou un individu peut être tenu de verser selon les modalités de coassurance au cours de chaque période donnée.

15 Forum national sur la santé (1997). Le rapport du FNS n'énonçait que les grandes lignes du régime; notre examen reposera sur cet aperçu mais ira plus loin dans les détails.

16 Au cours de l'été 2000, le *Globe and Mail* a publié un article relatant le cas d'un couple du Nouveau-Brunswick ayant entrepris une action en justice en vue de se faire rembourser par la province les dépenses liées à ses tentatives de fécondation *in vitro*.

17 Les opposants à un système mixte soutiennent qu'en pratique, la première de ces hypothèses ne tient pas. Selon eux, le fait d'autoriser le financement privé pour ceux qui le préfèrent aura pour effet soit d'accroître le coût, soit de réduire la qualité des soins assurés par le système public. Nous n'avons pas de preuve convaincante à l'appui de cette affirmation. De plus, bien qu'elle puisse être plausible dans le cas d'éléments des services de santé tels les services hospitaliers et les services médicaux, où la qualité du fournisseur (l'hôpital ou le médecin) peut varier, il est peu probable qu'elle est de l'importance dans le cas des produits pharmaceutiques.

18 L'incidence d'un ticket modérateur dans le secteur des produits pharmaceutiques diffère au plan qualitatif de celle observée sur les marchés des services médicaux ou hospitaliers, pour deux raisons. Premièrement, comme nous l'avons souligné précédemment, la tendance de la DIF à diminuer l'effet de réduction des coûts produit par l'imposition d'un ticket modérateur devrait être moins marquée dans le cas des services médicaux, étant donné que les revenus des médecins n'augmentent pas en fonction de la quantité de médicaments qu'ils prescrivent. Deuxièmement, par rapport au total des frais hospitaliers, une proportion relativement plus grande du coût total des médicaments est attribuable à un grand nombre de personnes qui, chaque année, dépensent individuellement un montant assez peu élevé. Ainsi, l'imposition d'un ticket modérateur pour tous les utilisateurs de médicaments peut

produire des revenus assez importants sans pour autant réduire de façon significative l'aptitude du système à protéger le petit nombre de personnes qui ont de grosses dépenses en raison de difficultés financières.

19 Palmer D'Angelo Consulting (1997). Les pages 20-21 du rapport du cabinet renferment certaines estimations des coûts administratifs d'un régime public d'assurance-médicaments, établies à partir d'études des régimes provinciaux.

20 Aux États-Unis, la plupart des personnes couvertes par le régime Medicare possèdent des polices dites de « Medigap » qui couvrent les quotes-parts exigées par Medicare. Pour une analyse théorique de la question, voir Blomqvist et Johansson (1997).

21 Les propositions entourant l'adoption d'un ticket modérateur établi en fonction du revenu et intégré au régime fiscal remontent au milieu des années 70 au moins. Voir Reuber (1980).

22 Certains pays d'Europe comme l'Allemagne et les Pays-Bas permettent au moins à certains groupes de la population de ne pas participer à leurs régimes « obligatoires » d'assurance-maladie financés par l'État. Voir, par exemple, Kirkman-Liff (1994).

23 Comme nous l'avons souligné précédemment, chaque dollar de revenus gouvernementaux est susceptible d'avoir un coût économique réel supérieur à sa valeur en raison de la charge fiscale excédentaire.